



Uma intervenção psicoeducativa na gestão da sobrecarga do cuidador Informal de pessoa com esquizofrenia

Relatório de Trabalho de Projeto

Discente: Cristina Marques

Docente: Joaquim Lopes

março 2014

Cresço por dentro e por fora,
por vezes dentro de uma redoma,
como se duma frágil borboleta se tratasse.
Quebrando o elo interior liberto-me
das correntes do pensamento
para quebrar as correntes do corpo,
luto contra tudo e todos,
para alcançar os sonhos que eu pensava nunca se poderem realizar....
Dei-me conta afinal que eu também estava a crescer.

C .M.

RESUMO

No presente trabalho analisamos os possíveis benefícios, de um projeto de intervenção psicoeducativa, na redução da sobrecarga de cuidadores informais de pessoas em situação de esquizofrenia. Sendo a psicoeducação parte integrante dos cuidados de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiatria, tentámos confirmar a hipótese experimental de que os cuidadores informais submetidos a um programa psicoeducativo multifamiliar que inclua o utente e também entrevistas de suporte emocional unifamiliar, apresentam maior redução da sobrecarga de que os cuidadores informais que recebem os cuidados habituais num Espaço Terapêutico e Comunitário de Saúde Mental. Para melhor confirmar ou infirmar esta hipótese, na primeira parte deste relatório, apresentamos um estudo de desenho experimental com pré-teste, pós-teste e grupo de controlo randomizado, numa amostragem de 14 cuidadores informais. Estes foram agrupados aleatoriamente em dois grupos, um experimental (N=7) e outro de controlo (N=7). Ao grupo experimental foi realizado um programa multifamiliar psicoeducativo com participação do utente e entrevistas individualizadas de suporte emocional, durante três meses. Como instrumento de colheita de dados, foi utilizado o QPF de Xavier et al (2002). O instrumento foi aplicado com o consentimento informado dos participantes e autorização formal dos responsáveis do serviço, no início e fim do projeto nos dois grupos. Não encontramos diferenças de médias, estatisticamente significativas ($p > .05$) entre os dois grupos de investigação, na sobrecarga. Contudo, verificámos que o grupo experimental teve uma diminuição da sobrecarga 10.57% superior ao grupo de controlo. Os dados suportam a decisão de investir em projetos, desta natureza, naquele contexto específico, porque está associado a benefícios na redução da sobrecarga, superiores a 5%. Na segunda parte do relatório, refletimos sobre as principais competências clínicas e científicas desenvolvidas durante o estágio clínico. Estas competências basearam-se em intervenções terapêuticas realizadas com os utentes e seus cuidadores informais que frequentam o Espaço Terapêutico Comunitário. Foi possível desenvolver habilidades no domínio da relação de ajuda existencialista, na psicoeducação familiar, no treino de competências sociais e na metodologia de investigação científica segundo uma abordagem quantitativa.

Palavras-chave: psicoeducação familiar; sobrecarga; cuidadores informais; esquizofrenia; metodologia de projeto; enfermagem de saúde mental.

ABSTRACT

In this paper we analyze the possible benefits of a psychoeducational intervention project, reducing the burden of informal caregivers of people suffering from schizophrenia. Being psychoeducation part of nursing care in specialized mental health and psychiatry, we tried to confirm the experimental hypothesis that informal caregivers undergo a multifamily psychoeducational program that includes user interviews of single-family emotional support, have a higher reduction of overhead that informal caregivers receiving usual care in a Therapeutic Area Community and Mental Health. To better confirm or refute this hypothesis, we used a study of experimental design with pretest and posttest randomized control group, a sample of 14 caregivers. They were grouped randomly into two groups, one experimental group ($N = 7$) and a control ($N = 7$). In the experimental group was held multifamily psychoeducational program with participation of the user individualized interviews and emotional support for three months. As an instrument of data collection was used the QPF Xavier et al (2002). It was administered with the informed consent of participants and formal authorization of the responsible service, at the beginning and end of the project in both groups. We did not find differences in means, statistically significant ($p > .05$) between the two research groups, the overload. However, we have found that the experimental group had a decreased burden 10:57% higher than the control group. The data support the decision to invest in projects of this nature, in that specific context because it is associated with benefits in reducing overhead, greater than 5%. In the second part of the report, we reflect on key clinical and scientific skills developed during the clinical stage. These competencies were based on therapeutic interventions with patients and their informal caregivers attending the Therapeutic Area Community. It was possible to develop skills in the field of helping relationship existentialist in family psychoeducation, training in social skills and methodology of scientific research according to a quantitative approach.

Keywords: family psychoeducation; burden; informal caregivers; schizophrenia; design methodology; nursing mental health.

ÍNDICE

ÍNDICE FIGURAS	6
ÍNDICE TABELAS	7
INTRODUÇÃO	9
PARTE I.....	14
PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)	14
1– DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	15
1.1 - Caracterização da População Afeta à Clínica Psiquiátrica.....	15
1.2 - Espaço Terapêutico Comunitário	16
2 – PROBLEMÁTICA.....	18
3 - QUESTÕES DE PARTIDA	20
4 - OBJETIVOS	22
5– ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	24
5.1– Definição do Conceito de Cuidador Informal.....	24
5.2 – Sobrecarga do Cuidador Informal	26
5.3- Conceito de Esquizofrenia	27
6- METODOLOGIA.....	31
6.1 - Etapa Diagnóstica.....	31
6.1.1 - Tipo de estudo.....	33
6.1.2 - População e amostra.....	33
6.1.3 - Colheita de dados	34
6.1.4 - Tratamento dos dados	35
6.1.5 – Apresentação dos dados	35
6.1.6 – Síntese do diagnóstico	39
6.2 – Etapa de Planeamento.....	39
6.2.1 – Evidência científica associada à intervenção psicoeducativa	40
6.3 – Etapa de Intervenção	43
6.3.1 - No Espaço Terapêutico Comunitário	43
6.3.2– No internamento em clínica psiquiátrica	47
6.4 – Etapa de Avaliação	48
6.4.1 - Metodologia utilizada na avaliação.....	48
6.4.2 - Resultados terapêuticos	51

6.5 – Etapa de Divulgação de Resultados.....	59
6.6 – Questões Éticas.....	59
6.7– Considerações finais do Projeto de Intervenção em Serviço	60
PARTE II – DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DO MESTRE DE ENFERMAGEM EM SAUDE MENTAL E PSIQUIATRIA	62
1 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL	63
2 - COMPETÊNCIAS DO MESTRE EM ENFERMAGEM	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	91
APÊNDICE I – Artigo Científico	97
APÊNDICE II – Cronograma de atividades	105
APÊNDICE III– Parte I – Questionário de caracterização da família	107
APÊNDICE IV – Guia orientador para cuidadores de pessoas com doença psicótica	108
APÊNDICE V – Pedido de autorização para aplicação do questionário	111
APÊNDICE VI – Pedido de autorização para aplicação dos desenhos dos utentes do ETC no guia orientador	112
APÊNDICE VII – Consentimento informado para aplicação QPF	113
ANEXO I – Questionário de problemas familiares	
ANEXO II – Desenhos realizados por utentes do ETC representando a doença psicótica	
ANEXO III – Avaliação escrita da sessão de relaxamento realizada a utentes internados em CP	
ANEXO IV – Inquérito de satisfação	

ÍNDICE FIGURAS

Gráfico 1. Sobrecarga total.....	36
Gráfico 2. Sobrecarga objetiva e sobrecarga subjetiva	37
Gráfico 3. Ajuda recebida e atitudes positivas	37
Gráfico 4. Criticismo	37
Gráfico 5. Comparação da percentagem de variação da sobrecarga entre o grupo experimental e o grupo de controlo.	55
Gráfico 6. Percentagem de redução da sobrecarga total comparada.	55

<i>Gráfico 7. Conhecimento face à doença.....</i>	<i>56</i>
<i>Gráfico 8. Adesão à terapêutica</i>	<i>57</i>
<i>Gráfico 9. Comunicação com o familiar</i>	<i>57</i>
<i>Gráfico 10. Estratégia para lidar com o familiar</i>	<i>57</i>
<i>Gráfico 11. Sobrecarga stress familiar</i>	<i>58</i>

ÍNDICE TABELAS

<i>Tabela 1. Médias e desvios padrão de variáveis de caracterização.....</i>	<i>35</i>
<i>Tabela 2. Médias e desvios padrão relacionados com a sobrecarga</i>	<i>36</i>
<i>Tabela 3. Resultados da aplicação do questionário</i>	<i>38</i>
<i>Tabela 4. Frequência e médias de algumas variáveis biográficas</i>	<i>51</i>
<i>Tabela 5. Médias e desvios padrão obtidos antes da realização das intervenções de enfermagem, no grupo de controlo e experimental.</i>	<i>52</i>
<i>Tabela 6. Médias e desvios padrão obtidos após a realização das intervenções de enfermagem, no grupo de controlo e experimental.</i>	<i>53</i>
<i>Tabela 7. Percentagem de redução total de sobrecarga entre os dois momentos no grupo experimental</i>	<i>54</i>
<i>Tabela 8. Percentagem de redução total de sobrecarga entre os dois momentos no grupo de controlo.</i>	<i>54</i>

SIGLAS

APA - American Psychological Association

QPF - Questionário de problemas familiares

CI - Cuidadores informais

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CP - Clínica psiquiátrica

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

DSM IV - Diagnostic and Statistical. Manual of. Mental Disorders. Fourth edition

ETC - Espaço terapêutico comunitário

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

PAC - Projeto de aprendizagens clínicas

PIS - Projeto de intervenção em serviço

QPF - Questionário de Problemas Familiares

QI - Quo eficiente inteligência

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

SAPE- Sistema de Apoio para a Prática de Enfermagem

INTRODUÇÃO

No presente relatório, realizado no âmbito do 1º curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria pelo Instituto Politécnico de Setúbal da Escola Superior de Saúde, pretendemos relatar o projeto de intervenção em serviço e as competências clínicas do enfermeiro especialista e do mestre, desenvolvidas ao longo do estágio clínico, realizado em Clínica Psiquiátrica (CP) e Espaço Terapêutico Comunitário (ETC), afeto a uma instituição pública de saúde mental e psiquiátrica durante o ano de 2012. Deste modo, procurando atender ao diagnóstico da situação efetuado no estágio clínico, apresentamos neste relatório as principais intervenções terapêuticas realizadas bem como os resultados em saúde alcançados.

Partindo da evidência científica sobre as necessidades dos cuidadores informais de pessoas com esquizofrenia, apresentado por Xavier, Gonçalves-Pereira, Corrêa & Almeida (2002), onde se constata que esta população específica frequentemente manifesta um *deficit* de informação e conhecimento sobre a patologia e tratamento; dificuldade em gerir a sintomatologia; dificuldade em lidar com as situações de crise; desconhecimento sobre os recursos existentes na comunidade e a preocupação com o futuro. Neste contexto, propusemo-nos implementar, junto dos cuidadores informais, um projeto assente em duas linhas de intervenção complementares: a **psicoeducação** em grupos multifamiliares e a intervenção psicoterapêutica individual segundo o modelo da **relação de ajuda** de inspiração rogeriana.

Falloon (1993) define psicoeducação como um processo de intervenção direta para ajudar os membros da família a adotar métodos que facilitem a expressão mútua de necessidades e desejos, bem como, para ajudar as famílias a resolver os seus problemas do dia a dia mesmo quando as pessoas têm a desventura de sofrer de uma perturbação mental ou de cuidar de alguém que dela sofra. Neste sentido, podemos considerar que as intervenções psicoeducativas visam dois objetivos fundamentais: a) ajudar os doentes e seus familiares a terem consciência de que necessitam de obter conhecimentos sobre a doença e sobre as formas de lidar no quotidiano; b) diminuir o stresse familiar, providenciando suporte social, encarando o futuro de forma positiva mas realista (Gonçalves-Pereira, Xavier, Neves, Correa & Fadden, 2006). Para a *World Schizophrenia*

Fellowship (1998, citado por Carraça, Marques, Silva, Homem & Abreu, 2010) a psicoeducação quando associada ao tratamento farmacológico de doenças esquizofrénicas, contribui, por um lado, para alcançar melhores resultados clínicos e funcionais para a pessoa doente, através de abordagens que integrem a colaboração entre os profissionais de saúde e família. Por outro lado, proporciona alívio para o sofrimento dos membros da família, apoiando-os nos seus esforços para potenciar a reabilitação da pessoa doente.

No conceito rogeriano de relação de ajuda, evidencia-se, entre outros aspetos, a dimensão não diretiva do tipo de ajuda que é prestada. Para além disso trata-se de um processo de interação colaborativo, assente em princípios de valorização da pessoa do Outro e da crença nas suas potencialidades para resolver de forma autónoma os seus problemas. Esta relação não deve ser vista como uma relação na qual existe um sujeito mais forte, que ajuda, e um sujeito mais fraco, que é o ajudado. Um, o que ajuda pela função facilitadora e potenciadora de desenvolvimento que assume. Outro, o que é ajudado por ser portador do que é essencial para o sucesso da relação de ajuda - a força interior (Roger, 1980). Este movimento relacional entre quem ajuda e quem é ajudado, organiza-se em torno do processo de compreensão empática. Chalifour (2008) defende que a compreensão empática tem como finalidades: a) ajudar o terapeuta a confirmar e se necessário corrigir a sua perceção daquilo que vive o utente; b) fazer compreender ao utente que se interessa por ele; c) manifestar ao utente o seu desejo de o compreender a partir da sua perceção das coisas; d) significar ao utente que aquilo que ele vive é importante e digno de interesse; e) encorajar o utente a permanecer em contacto com o que vive e a explorá-lo partilhando-o com o terapeuta.

Consideramos que os modelos conceituais de enfermagem que melhor suportam as intervenções realizadas no estágio clínico, são a *Teoria do Cuidado Transpessoal* (Watson, 2007) e a *Teoria das Relações Interpessoais* (Peplau, 1990). Por um lado, o Modelo Transpessoal serviu de base conceitual ao planeamento, execução e avaliação das intervenções realizadas com a pessoa em situação de crise, internada em clínica psiquiátrica. Por outro lado, a Teoria das Relações Interpessoais suportou as intervenções realizadas com os cuidadores informais. Optámos por aplicar os pressupostos destes dois modelos, que nos parecem complementares, porque o primeiro é baseado numa fenomenologia existencial compreensiva e sistémica e o segundo, sendo psicodinâmico, facilita a compreensão das relações familiares. Assumimos uma inspiração Watsiana, no trabalho clínico com as pessoas com esquizofrenia, na medida em que procurámos atender

a necessidades biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais, nas atividades realizadas. Na intervenção com os cuidadores informais, a nossa abordagem foi menos sistémica e mais centrada na necessidade de alívio da sobrecarga, para a qual utilizámos a psicoeducação como estratégia terapêutica.

Neste relatório desenvolvemos, em maior detalhe, as intervenções de enfermagem realizadas com os cuidadores informais, segundo uma abordagem psicoeducativa e intervenção psicoterapêutica de inspiração rogeriana, com a finalidade de contribuir para a redução da sobrecarga (outcome avaliado) nas suas múltiplas dimensões; sobrecarga objetiva, sobrecarga subjetiva, ajuda recebida, atitudes positivas e criticismo. Para além da redução da sobrecarga, esperamos que o grupo assistido alcance outros ganhos em saúde, nomeadamente, uma melhoria do conhecimento face à doença e uma melhoria da comunicação interpessoal com o familiar doente. Assim elaboramos um projeto de intervenção no serviço (PIS) com os seguintes objetivos gerais:

- a) Identificar a existência de sobrecarga nos cuidadores informais de pessoas com esquizofrenia;
- b) Planear intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, dirigidas à diminuição da sobrecarga dos cuidadores informais identificada;
- c) Desenvolver intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, dirigidas à redução da sobrecarga dos cuidadores informais;
- d) Avaliar as intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, dirigidas à sobrecarga dos cuidadores informais.

No Relatório descrevemos o ambiente do ETC onde enunciamos as diversas atividades dirigidas aos cuidadores informais. Tornou-se pertinente, tanto para nós como para a equipe de saúde residente, conhecer a existência de incrementos na redução da sobrecarga dos cuidadores informais, com a utilização de uma intervenção psicoeducativa proposta por nós. Esta questão é importante porque um projeto desta natureza implica um aumento do esforço profissional da equipa multidisciplinar, já de si sobrecarregada. Neste sentido, incluímos neste projeto de intervenção, um momento de investigação na lógica dos estudos experimentais, para o qual organizámos dois grupos, um grupo experimental, que recebeu os cuidados propostos por nós e um grupo de controlo, que recebeu os cuidados habituais já preconizados. Este estudo foi realizado no ETC. Os grupos foram

comparados em relação à variação dos níveis de sobrecarga antes e após a aplicação das intervenções.

Sendo este um trabalho elaborado para solicitar atribuição do título de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, importa acrescentar que o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, preconiza que ao enfermeiro especialista compete executar, para além dos cuidados gerais, cuidados que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, atuando especificamente junto do utente, individuo, família ou grupos em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui. A Ordem dos Enfermeiros (2010), através da alínea c) do nº 4 do artigo 31º- A do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo DL nº 104/98 de 21 de abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de setembro, descreve as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. Para solicitar a atribuição do grau de mestre, o enfermeiro deve certificar, essencialmente a obtenção de uma especialidade de carácter profissional (artigo 18º, nº4) do decreto-lei 74/2006 de 25 de março, visando o desenvolvimento das suas competências. Foi com base neste quadro organizador, que desenvolvemos as competências do enfermeiro especialista e do mestre durante os Estágios Clínicos.

Para facilitar a leitura deste relatório, em cada capítulo será apresentada a metodologia específica utilizada em cada contexto de intervenção específica. Deste modo, o presente relatório encontra-se estruturado em duas partes. A primeira é centrada no Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), onde delineámos toda a trajetória da metodologia de projeto ao longo de seis capítulos, explicitámos o PIS, que foi desenhado com base no diagnóstico de situação e no desenvolvimento de atividades promotoras da redução da sobrecarga familiar, nomeadamente com as intervenções de psicoeducação e de relação e ajuda. Foram igualmente clarificados alguns conceitos subjacentes aos fenómenos tais como; cuidador informal, sobrecarga do cuidador, esquizofrenia e psicoeducação. Explicámos as atividades desenvolvidas que ocorreram no espaço terapêutico comunitário e em clínica psiquiátrica, avaliação dos resultados obtidos e ganhos em saúde, divulgação dos resultados, e por último, as questões éticas que foram tidas em conta na metodologia de projeto. A parte II é dedicada à análise das aprendizagens efetuadas, face aos objetivos e competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, tendo por base as competências do enfermeiro especialista em saúde mental e às competências do Mestre de Saúde Mental e Psiquiatria. Por último

apresentamos as considerações finais deste trabalho, seguido da referenciação bibliográfica, segundo o modelo da *American Psychological Association* (APA).

PARTE I

PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)

O projeto de intervenção em serviço visa a explicitação do percurso do enfermeiro nas suas experiências clínicas. Na elaboração do diagnóstico de situação e na aplicação de uma intervenção psicoeducativa, utilizámos a metodologia de projeto que prevê a resolução de problemas, possibilitando o desenvolvimento de competências, capacidades e características pessoais. O cronograma de atividades foi o instrumento utilizado para monitorizar as atividades realizadas no projeto (apêndice II).

1– DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O contexto de estágio clínico decorreu num serviço de internamento de utentes em situação aguda na área da grande Lisboa e no Espaço Terapêutico Comunitário. Estes dois locais permitiram-nos a realização do projeto de intervenção em serviço e a explicitação e desenvolvimento do projeto de aprendizagens clínicas.

1.1 - Caracterização da População Afeta à Clínica Psiquiátrica

A Clínica Psiquiátrica está sediada em Lisboa. Este serviço está organizado para assegurar a prestação de cuidados aos utentes do foro da Saúde Mental e Psiquiatria. Este serviço admite utentes provenientes do serviço de urgência hospitalar e consulta externa, assim como nas situações de falta de vagas noutros serviços de psiquiatria e utentes oriundos da rua. As patologias mais frequentes são: Depressões, Psicoses em fase aguda, Doença bipolar, Esquizofrenia, Demências e Alcoolismo. A faixa etária dos utentes admitidos é alargada, variando entre os 22 anos e os 75 anos de idade, pelo que é frequente possuírem outros diagnósticos associados à sua doença mental. A duração do internamento é variável de acordo com a evolução clínica do utente, habitualmente entre duas semanas a um mês de internamento. As classes sociais são diversas, embora a grande percentagem surja das classes sociais mais carenciadas ou desfavorecidas.

A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogas e assistentes operacionais. A clínica psiquiátrica, é um serviço de internamento de agudos, com uma lotação de 26 camas e admite utentes de ambos os sexos. O internamento serve de recurso para estabilizar as situações de crise dos utentes, sendo posteriormente encaminhados para a consulta externa e preferencialmente inseridos no seu ambiente familiar.

Na admissão do utente é entregue à família o guia de acolhimento e prestados os esclarecimentos necessários de forma a proporcionar-lhes alguma tranquilidade emocional.

Relativamente às atividades terapêuticas é realizada uma reunião comunitária uma vez por semana e passeios no parque. Aquando da saída do utente, é elaborada a carta de alta de Enfermagem em suporte informático, sendo esta arquivada num *dossier* para que o utente seja seguido posteriormente em consulta telefónica de follow-up. Em ligação à clínica psiquiátrica, existe uma consulta que se realiza na comunidade no ETC.

1.2 - Espaço Terapêutico Comunitário

O ETC abriu a 16 de maio de 2011 com a Missão de funcionar como elo de ligação entre o hospital e a comunidade. Oferece apoio aos cidadãos portadores de doença mental grave e suas famílias, através da prestação de cuidados de elevada qualidade e especialização, no âmbito da **reabilitação psicossocial**. Quanto aos recursos humanos a equipa é constituída por uma enfermeira, uma médica, uma psicóloga, uma assistente social e uma terapeuta ocupacional. Podem beneficiar deste serviço, os utentes que pertencem à área de residência da Clínica Psiquiátrica no pós-alta ou seguidos em Consulta Externa, sempre por decisão da equipa multidisciplinar. As consultas clínicas realizam-se durante a semana, exceto à 4ª feira das 9:00 às 15:30h. A assistência em enfermagem efetua-se no mesmo período de 2ª a 6ª feira. A enfermeira presta assistência a utentes psicóticos em regime de ambulatório, na administração de medicação injetável, colheitas de sangue, treina o utente na preparação da sua medicação semanal e esclarece as famílias. Semanalmente desenvolve com o grupo uma atividade para promover a adesão à terapêutica.

Realizam-se outras atividades para além destas, tais como: visitas domiciliárias, reuniões familiares mensais com os cuidadores dos utentes residentes do espaço terapêutico comunitário. Faz-se uma reunião diária com o grupo de residentes de pessoas com doença psicótica, descrevem-se as rotinas do dia anterior, onde são trabalhados os aspetos negativos e reforçados os positivos a salientar pela equipa multidisciplinar, após o que passam a realizar as atividades definidas pela terapeuta ocupacional. Estas podem incluir: técnicas criativas, estimulação sensorial, sessões de movimento, terapia

ocupacional em meio aquático, estimulação cognitiva, sessões de culinária, cinema, debate, idas a museus e passeios.

2 – PROBLEMÁTICA

A área de interesse nasce, quando em contexto de estágio nos vimos confrontados com as dificuldades no contacto diário, apresentadas pelos cuidadores de pessoas com doença mental de evolução prolongada, nomeadamente no que concerne à pessoa com o diagnóstico de esquizofrenia. A nossa escolha prendeu-se com a curiosidade e complexidade desta doença e pelas consequências habitualmente negativas que despoletam no seio familiar.

Enquanto pessoa, o nosso interesse pelo outro, sempre esteve inerente à condição humana. Tendo em conta situações vividas no contexto profissional, estas permitiram-nos estruturar e dar ênfase às nossas ações, estabelecendo a Relação de Ajuda como Intervenção Terapêutica.

Cuidar é a palavra que surge de forma instintiva, tendo em consideração o nosso percurso de vida e as opções que o constituem. Enquanto Pessoa e Enfermeira este termo é-nos muito valioso, sendo nele que assentam as bases que sustentam a nossa existência. “Cuidar” é palavra-chave no nosso quotidiano, sobre ela gira quase todo o nosso trabalho. Mas o cuidar não se restringe ao outro, é essencial que se torne um ato intrínseco, que nos acompanha na vida e que nos torne responsáveis pelo nosso próprio bem-estar. Segundo Collière (1999, p.235) “Cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa...”. Considera-se então que cuidar passa primeiro por um autocuidado, ou seja previamente temos que saber tratar de nós, para *a posteriori* podermos com eficácia cuidar do Outro. É nesta linha de pensamento que procuramos constituirmo-nos como ferramenta de apoio e de ajuda ao outro.

Os utentes com esquizofrenia têm, pelas suas características patológicas, alterações do pensamento, da perceção e do comportamento, déficite cognitivo e das emoções sofrendo uma degradação psíquica e física necessitando de uma constante vigilância na sua vida diária. A família ou cuidador informal ao tornar-se no sustentáculo

dos seus membros, vê-se frequentemente numa situação de stresse, que se reflete na relação com o outro, na saúde, no suporte financeiro, nas rotinas, na vida laboral, no lazer e na vida social. No contacto que estabelecemos com estas pessoas verificamos, frequentemente, que os cuidadores informais apresentam dificuldades, em diversas áreas, nos cuidados aos seus entes doentes. Alguns autores, tais como, Xavier et al., (2002; Nogueira, 2003; Santos, S., 2006; Dias, 2011) sugerem que os cuidadores informais de pessoas com doença de evolução prolongada, apresentam elevados níveis de sobrecarga, elevado desgaste físico e psíquico, relacionados com os cuidados, défice de conhecimento sobre a patologia e tratamento, dificuldade em gerir a sintomatologia, desconhecimento sobre os recursos existentes na comunidade e a preocupação com o futuro. Face a esta problemática, existem estudos (Brito, 2005; Gonçalves-Pereira et al., 2006; Cardoso & Galera 2006; Praskoa, Vrbova, Latalova & Mainero, 2010; Caraça et al., 2010) que sustentam a psicoeducação como uma intervenção eficaz na resolução desta problemática, baseados nas necessidades reais das famílias e não nas carências que os profissionais consideram ter as mesmas.

3 - QUESTOES DE PARTIDA

No confronto entre o conhecimento da população de utentes e cuidadores informais do local de estágio e a exploração inicial da literatura citada na problemática, surgiram as seguintes questões:

- a) Existe sobrecarga nos cuidadores informais de pessoas com esquizofrenia?
- b) Se sim, quais as intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica a desenvolver?
- c) Quais os ganhos em saúde que decorrem dessas intervenções?

Encontrámos na literatura especializada, diversos estudos centrados na análise da sobrecarga do cuidador informal em diferentes áreas da saúde. Santos, S., (2006) realizou um trabalho sobre a avaliação sociodemográfica e níveis de saúde física e mental de cuidadores de um programa de atendimento domiciliário, verificando a existência de sobrecarga física e psicológica com maior incidência no sexo feminino, nos cuidadores informais de pessoas com elevado grau de dependência. Constataram que o apoio familiar era limitado às situações de maior desgaste físico, com estes a evidenciarem a existência de alterações pessoais no dia a dia, em contexto social, nas relações afetivas, na saúde física e mental. As suas preocupações passavam pelo agravamento da doença do utente até à sua própria condição de doença. Concluíram que para minimizar o risco do cuidar sobre a sua saúde e melhorar a sua qualidade de vida, seria essencial receber apoio técnico assim como criar redes sociais de suporte. Mais centrado na doença mental, Dias (2011) realizou um estudo sobre a sobrecarga vivenciada por familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos e sua relação com a depressão, tendo observado a existência de uma interdependência positiva relevante entre o grau de sobrecarga global e das subescalas e o nível de depressão no cuidador. Constatou que a principal predisposição da depressão seria a sobrecarga global subjetiva, predominando a preocupação com o utente. Da sobrecarga objetiva sobressaem as rotinas diárias e o controle dos comportamentos problemáticos dos utentes. Foi também percecionado, a necessidade de maior apoio, por

parte dos gestores e profissionais de saúde aos cuidadores, desencadeadas pelo impacto do papel destes na saúde mental dos seus familiares.

4 - OBJETIVOS

A população com que trabalhamos não tinha sido sujeita a análise anterior de sobrecarga, existindo alguns indícios verbalizados pela equipe de saúde e por trabalhos académicos anteriormente realizados, que essa seria significativa. Para além disso, a literatura aponta para a existência de sobrecarga elevada entre cuidadores de pessoas com doença mental grave. A este propósito, Xavier et al., (2002), verificaram que os cuidadores informais de pessoas com doença mental grave apresentam níveis elevados de sobrecarga subjetiva psicológica potencialmente significativa. Estes autores referem a importância de se avaliar as necessidades de intervenção psicoeducacional com estes cuidadores, pela importante função que desempenham. Neste trabalho abordam o desenvolvimento da versão portuguesa do *Family Problem Questionnaire-FPQ*. Concluíram, que este instrumento teria boas potencialidades de aplicação, na monitorização da qualidade de prestação de cuidados nos serviços de saúde mental, nas ações de investigação e particularmente nas intervenções psicoeducacionais.

Após a alta e no quotidiano, o cuidador informal torna-se frequentemente o sustentáculo da pessoa doente. Depois de entrevistar alguns familiares dos utentes psicóticos, constatamos que estes demonstram sinais sugestivos de sobrecarga, tais como, hipercriticismo, verbalização de falta de suporte social, expressões de desamparo e sentimentos de tristeza, verbalização de carência económica agravada pela doença do familiar entre outros, dificuldades na comunicação e relação interpessoal entre os membros da família. Face a esta constatação propusemo-nos realizar um programa de psicoeducação. O constante esforço para que mantenham a adesão terapêutica, as idas as consultas de psiquiatria, a preocupação constante com as rotinas diárias, as recaídas, internamentos hospitalares, sentimentos de culpa e algum desgaste físico deixam estes cuidadores exaustos. Alguns familiares chegaram a referir estar com “depressão” por sentirem estar no limite físico e psicológico das suas faculdades.

Articulado com estas questões de partida e face à problemática apresentada estabelecemos os seguintes objetivos norteadores deste projeto de intervenção em serviço.

- a) Identificar a existência de sobrecarga nos cuidadores informais de pessoas com esquizofrenia;
- b) Planear intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, dirigidas à diminuição da sobrecarga dos cuidadores informais identificada;
- c) Desenvolver intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, dirigidas à redução da sobrecarga dos cuidadores informais;
- d) Avaliar as intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, dirigidas à sobrecarga dos cuidadores informais.

5– ENQUADRAMENTO CONCETUAL

As necessidades dos cuidadores informais têm sido um foco de atenção para os técnicos de saúde, na medida em que a família é fundamental para o desenvolvimento da manutenção e suporte da saúde e para o equilíbrio emocional dos seus membros (Simionato & Oliveira, 2003). Destabilizam esta harmonia a complexidade de fatores que a influenciam, pelo que se torna relevante entender a realidade e as necessidades da família de forma a realizar um trabalho coerente.

5.1– Definição do Conceito de Cuidador Informal

Apesar da palavra família não ser um conceito chave do nosso estudo, foi importante perceber um pouco do seu significado. Se olharmos numa perspetiva e dimensão atual encontraremos novos conceitos que definem a família como um sistema no qual se associam um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas, compondo um modelo explicativo de saúde/doença, através do qual a família desenvolve sua dinâmica de funcionamento, conduzido para promover a saúde, prevenir e tratar a doença dos seus associados (Elsen, 2002). Por outro lado a família pode também ser considerada como um conjunto de pessoas que interagem entre si, num sistema semiaberto, construindo a sua história com a passagem por várias etapas pertencendo a cada um, tarefas específicas (Elsen, 2002; Simionato & Oliveira, 2003).

A união familiar não se define pelos laços de consanguinidade, mas pela cultura de relação estabelecida entre os seus membros, no que se refere à intimidade, respeito, amizade, partilha e crescimento mútuo. Pelo que traduz a necessidade dos elementos que a constituem de produzirem meios para se alicerçarem, protegerem, evoluírem e cuidarem uns dos outros de forma a manterem o seu equilíbrio.

Não estando o utente de saúde mental institucionalizado, os atuais sistemas de saúde, promovem integração da pessoa na família e na sociedade surgindo assim uma figura importante no acompanhamento destas a que designamos de cuidador informal. O ato de cuidar sempre foi assumido pelas famílias ao longo dos tempos. Na atualidade, com as alterações decorrentes da sociedade, da economia e até culturais esta tarefa foi sendo transferida e nos casos de saúde mental foi assumida pelas instituições e pelo Estado. Atualmente, quer pela crise económica quer pela crise do sistema de saúde e de proteção social, este ato de cuidar radica novamente nas famílias (Paúl & Fonseca, 2005).

O cuidador informal surge da necessidade de resposta humana à doença e aos processos de vida. Integrar as pessoas no processo de cuidar no hospital e no domicílio devem fazer parte do ensino dos profissionais de saúde ao longo de todo o ciclo de vida da pessoa, integrando-os na nova dimensão estrutural e funcional desta política de saúde (Monis, Lopes, Carvalhas & Machado, 2005). Com o evoluir da sociedade, o papel da família desvaneceu-se, o apoio aos seus membros tornou-se escasso e difícil, perderam-se alguns aspetos importantes, as mulheres começaram a estar menos tempo em casa, por trabalharem fora e as próprias limitações das habitações (Paúl, 1997). Segundo Escudero, Dias & Pascual (2001) cuidador informal é a pessoa, que pode ou não fazer parte da família, que presta a maior parte dos cuidados e ajuda diária à pessoa que sofre de uma patologia ou que necessita de apoio para desenvolver as suas atividades de vida diárias, sem que seja paga por isso. Leyva & Mogeda (2008) definem o conceito de cuidador como aquela pessoa proveniente do círculo familiar, de amizade ou vizinhança que, sem ser remunerado nem pertencer a nenhuma organização social, assume o cuidado das pessoas não autónomas que estão em seu redor.

A revisão da literatura evidência que o cuidador, quando se mantém em situação de cuidados constantes, é conduzido facilmente a um nível de perturbação psicológica (Escudero et al., 2001; Leyva & Mogeda, 2008), tornando-se claro e perçetível a necessidade de uma intervenção especializada para tratar e conduzir estas pessoas com alterações emocionais (Leyva & Mogeda, 2008).

5.2 – Sobrecarga do Cuidador Informal

O conceito de sobrecarga familiar surge descrito na literatura em três períodos cronológicos por Shene, (1996) evocado por Xavier et al., (2002) em que reflete e clarifica não só a evolução do desejo dos autores pelos pontos fortes e específicos deste conceito, como também as alterações sofridas na estrutura e organização dos serviços no percurso da saúde mental. Na literatura o conceito de sobrecarga foi evidenciado primeiramente, segundo Monis et al., (2005) citando Grad e Sainsbury (1966) na procura comunitária da pessoa com doença mental. Descreveram a sobrecarga como todo um custo de consequência negativa para a família que tem no seu seio um membro com doença mental. É neste âmbito que este conceito é entendido como uma força mediadora entre o compromisso dos familiares/cuidador e o impacto que o cuidar provoca nestas pessoas. Em 1966, (Hoenig & Hamilton) citado por Monis et al., (2005) distinguem pela primeira vez os elementos objetivos e subjetivos da sobrecarga familiar, em que as atitudes relacionadas com o cuidar, sentimentos e emoções devem estar separadas das atividades e ou eventos específicos. Cumming (1965) citado por Marchetti & Neto (2011) faz referência à importância do estigma relacionado com os transtornos mentais e que este se deve à falta de capacitação e de conhecimento. É durante este período que surgem as primeiras incursões na construção de um instrumento exclusivo que avalie a sobrecarga familiar.

Durante a década de 80, Zarit definiu a sobrecarga do cuidador como a dimensão perspectivada pelos cuidadores no que diz respeito às emoções, saúde física, vida social e *status*, desenvolvido pelo processo de cuidar dos seus familiares. Este conceito foi desenvolvido a partir de um método particular, subjetivo e explicativo da doença crónica (Monis et al., 2005). A expressão do conceito de sobrecarga é usada na área da saúde mental desde 1946, segundo Pontes, (2008) é conhecida na literatura inglesa por meio da terminologia de “burden”. Ainda a mesma autora faz referência às sequelas que atingem aqueles que estão numa relação de proximidade com um membro psiquiátrico altamente perturbado. Para Monis et al., (2005, p.51) a sobrecarga do cuidador informal é definida por um “conjunto de consequências físicas, psicológicas, emocionais, sociais e financeiras suportadas pelo cuidador. (...) a carga “pesa” sobre os cuidadores e compromete a qualidade de vida e saúde”. A sobrecarga é percebida pelos cuidadores de diferentes maneiras, se para uns a realização de algumas atividades se torna demasiado stressante,

para outros, o contato despendido com situações de comportamento agressivo e manifestações delirantes aliados a obrigação moral de cuidar de outrem que esta debilitado ou dependente de si, gera sentimentos contraditórios. Na perspetiva de Paúl (1997) estas circunstâncias integram aspetos positivos desencadeados pela proximidade, intimidade e solidariedade.

Após o período de 1980, com o conhecimento e a diferenciação das dimensões da sobrecarga associadas a aplicação do modelo das emoções expressas Xavier et al., (2002) citando (Brown, 1972; Mari & Streiner, 1994) perspetivaram que o decurso da esquizofrenia seria determinado por algumas características específicas utilizadas na relação estabelecida entre cuidadores e seus familiares doentes, nomeadamente, as observações negativistas (criticismo) e as expressões de hostilidade. Estas atitudes quando utilizadas de forma exacerbada promoveriam a frequência da descompensação psicótica. Assim, os familiares com maior índice de sobrecarga evidenciariam uma hostilidade superior para com os seus membros (Xavier et al., 2002). Desta forma, surge a necessidade não só de criar um instrumento de avaliação que quantificasse ao mesmo tempo os níveis de criticismo e de sobrecarga familiar como também a utilização de uma intervenção terapêutica do tipo psicoeducacional para a resolução desta problemática (Sczufca & Kuipers, 1996, Shene et al., 1996 evocados por Xavier et al., 2002).

Nessa sequência e em simultâneo, o departamento de psiquiatria da universidade de Nápoles e o Instituto de Saúde Pública de Roma desenvolveram um instrumento a que chamaram “ Family Problems Questionnaire – FPQ” designado inicialmente para avaliação da doença mental grave nos utentes por ela atingidos e posteriormente à verificação da eficácia de uma intervenção familiar de cariz psicoeducacional (Xavier et al., 2002).

5.3- Conceito de Esquizofrenia

A esquizofrenia é caracterizada, por ser uma doença de cariz mental e de evolução prolongada, necessita de acompanhamento constante e permanente, carece de supervisão na sua evolução, de forma a evitar recaídas e o agravamento da doença com o intuito de acautelar uma maior degradação do utente. Para melhor entendermos esta doença, é importante fazer uma retrospectiva da sua evolução histórica.

A esquizofrenia é uma enfermidade crônica e incapacitante reconhecida como uma doença mental grave (Brito, 2005), tem sido estudada ao longo de várias décadas, com tentativas de compreensão e explicação, fundamentada pelas ciências. Apesar dos muitos avanços da ciência, surgem ainda dúvidas sobre a sua origem, a esquizofrenia não deixa de ser considerada por muitos uma doença de alienados, de gente bizarra e incompreendida, (Afonso, 2002). Morel, em 1850 descreve a doença como “demência precoce”, afetando jovens, de início súbito, com degradação das suas aptidões mentais à medida que a doença progride. Em 1871, Hecker caracteriza a hebefrenia “como uma deterioração mental e comportamentos regressivos, que surgiam em indivíduos jovens” (Afonso, 2002, p.20). Kahlbaum em 1874, determina outro subtipo de esquizofrenia, a que chama catatonia. Cerca de 9 anos depois, em 1893, surge Emil Kraepelin a descrever três tipos de forma clínica para “demência precoce”, são elas; hebefrenia, catatonia e paranoide. Diferenciando a “demência precoce” da psicose maniaco-depressiva (Afonso, 2002, p.21). É no entanto, com Bleuler em 1911 que é atribuído o nome de esquizofrenia à doença pela qual é conhecida atualmente. Distinguindo-a da “demência precoce”, (Afonso, 2002, p.21). Os vários estudos revelam que na maior parte das pessoas com esquizofrenia, as alterações cognitivas se focam nomeadamente na área da atenção e do uso da ação diferenciando-as de outras doenças de patologia psiquiátrica (Brito, 2005).

Segundo Afonso (2002, 2010; Brito, 2005) a esquizofrenia pode apresentar-se sob várias formas: **residual** (doença instalada à vários anos com deterioração psíquica, onde podem predominar pensamentos ilógicos e emoções alteradas, comportamentos inadequados e isolamento social); **simples** (com início habitual na adolescência, isolamento, emoções alteradas, perda de relação afetiva, mudança na personalidade e depressão); **catatónica** (transtornos psicomotores e quase inexistência de respostas às questões que se lhe colocam); **hebefrénica** (discurso e pensamento desorganizado, embotamento afetivo e auto cuidado alterado) e **paranoide** (são as mais frequentes, persistem os delírios de grandeza, persecutórios, alucinações auditivas, desconfiança, hostilidade e reserva). Com o conhecimento atual da esquizofrenia sabe-se que não existe um só fator que desencadeie o seu aparecimento, mas vários dos quais se destaca: **a teoria genética** (aqui são considerados os fatores genéticos pelo risco acrescido da doença no utente com história familiar; **neurobiológica** (causada por alterações estruturais e bioquímicas) e **psicanalítica** (ausência de relações interpessoais). A doença pode apresentar dois tipos de sintomas, os **positivos** e os **negativos**. Os primeiros englobam as

alucinações auditivas, tácteis, visuais, gustativas e olfativas, o delírio referencial, persecutório, influência, grandeza, amoroso ou ciúmes, místicos, transtornos do pensamento, comportamento desorganizado, agitação psicomotora e negligência de cuidados, os segundos abrangem os transtornos da concentração, tendência à distração fácil, alteração da ordenação do pensamento.

Os farmacos mais utilizados no tratamento da esquizofrenia são conhecidos como neurolepticos (exemplo do haldol e cloropromazina), surgiram na década de 50 e atuam mais eficazmente nos sintomas positivos (delirios e alucinações), bloqueando os recetores dopaminérgicos. Porém, emergem os sintomas secundários, tais como; os efeitos extrapiramidais (rigidez muscular e os movimentos involuntários) e o aumento da prolactina, assim como, o agravamento dos sintomas negativos (Brito, 2005; Afonso, 2010). A esquizofrenia apresenta uma alta taxa de prevalência e de não adesão aos tratamentos com cerca de 60%. Progredir para períodos de recaídas e frequentes reinternamentos, constituindo-se uma das principais causas da não adesão. Pelo que, na década de 70 para aumentar a adesão ao tratamento e evitar as recaídas, foram desenvolvidos os neurolepticos de ação prolongada (depôt) com o objetivo de assegurar a regularidade (Bechelli, 2003).

A esquizofrenia é uma doença considerada de maior gravidade, entre as consagradas na saúde mental, atinge pessoas de todo o mundo, não escolhendo raças ou classes sociais. Habitualmente surge nos rapazes entre os 15 e 25 anos e nas raparigas entre os 25 e os 30 anos de idade. Atinge 1% da população mundial (Afonso, 2002; 2010; Brito, 2005). Tal como refere Afonso (2002) em estudos epidemiológicos realizados em países industrializados, é uma doença com maior incidência nas classes sociais mais desfavorecidas e no meio rural. Esta doença é caracterizada por apresentar alterações do pensamento, da percepção, do comportamento e por emoções inadequadas. As alterações atingem a funcionalidade da pessoa no mais básico que ela tem, como a sua identidade, singularidade e orientação. Nas várias etapas do decurso da doença, surgem sintomas que poderão apresentar-se mais ou menos exacerbados, tais como as perturbações do pensamento e alterações dos sentimentos, delírios, alucinações e comportamentos desorganizados que afetam a sua vida social (Afonso 2002; Basteiro, Gil & Marín, 2004, Brito, 2005). Apenas um terço das pessoas com esquizofrenia, recuperam da sintomatologia e integram-se socialmente. Os outros evoluem para situação de doença com recaídas periódicas ou de cronicidade (Basteiro et al., 2004). Por ser uma doença

incapacitante, pode torna-se num peso para a família e diminuir a qualidade de vida. Ainda os mesmos autores (2004) evocam que a presença ou não de determinados fatores irá influenciar a variação do prognóstico. Isto é, se houver um diagnóstico precoce e preciso, com um tratamento medicamentoso que reduza os sintomas e previna os internamentos e em consequência afaste o sofrimento dos familiares, será mais fácil conseguir agir sobre a nova situação familiar. Promovendo o seu apoio e envolvimento na reabilitação, ao nível pessoal, familiar e social.

6- METODOLOGIA

Para a elaboração do projeto de intervenção em serviço, foi utilizado a metodologia de projeto que prevê a resolução de problemas, possibilitando o desenvolvimento de competências, capacidades e características pessoais. Emprega um conjunto de ferramentas práticas e de procedimentos que permitem analisar situações reais do quotidiano, deixando antever, orientar e encaminhar o percurso dos seus participantes na realização do seu trabalho. É um método de trabalho que envolve um grupo de pessoas, o orientador e a população em estudo, tendo a perceção de que o planeamento e as ações desenvolvidas só serão igualmente eficazes se existir o consentimento e a participação das partes envolvidas. É caracterizado por ser um processo longo, envolve um pensamento de cooperação interdisciplinar e utiliza uma metodologia reflexiva, constituída por cinco fases: identificação do problema e diagnóstico da situação; definição de objetivos; planeamento das atividades, meios e estratégias; execução das atividades planeadas e avaliação e divulgação dos resultados. Este método define as ações a serem abordadas e a sua implementação. Por possibilitar a flexibilidade dos procedimentos, torna-se num processo dinâmico ajustando e reorganizando-se sempre que necessário ao longo da intervenção (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

6.1 - Etapa Diagnóstica

A estratégia percorrida para a realização do diagnóstico de situação, foi efetuada da seguinte forma:

- 1) De início realizamos uma observação direta no local de estágio, internamento (CP) e em ambulatório no Espaço Terapêutico Comunitário.
- 2) Entrevistas informais aos CI das pessoas portadoras de esquizofrenia.

- 3) Consulta dos processos dos utentes internados na (CP), para perceber se os enfermeiros levantavam diagnósticos de intervenção familiar.

Realizada uma revisão à totalidade de processos dos 18 utentes internados na CP, com a finalidade de encontrar registos efetuados pelos enfermeiros, no sentido de perspetivar as necessidades da família. Foram encontrados quatro processos onde estava expressa a intervenção de enfermagem “Apoiar a família”, ou seja, 22,2% dos familiares destes utentes tem diagnosticada a necessidade de serem intervencionados.

Numa das passagens do turno da manhã, foi proposto aos enfermeiros uma breve reflexão sobre o que se entende por “Apoiar a família”. Estiveram envolvidos cinco enfermeiros especialistas, que levantaram a seguinte questão: Quais as necessidades imediatas visualizadas por estes, na altura da admissão dos utentes no serviço e para as quais seria necessário dar uma resposta direta, tendo destacado as seguintes:

- 1) O cuidador quer saber o diagnóstico do utente, falta de conhecimento.
- 2) Gerir ansiedade, estigma do hospital psiquiátrico.
- 3) A manifestação de stresse, angustia, o tempo de internamento.
- 4) E os muitos porquês (!!!) da situação.

Mencionamos algumas das intervenções propostas para o diagnóstico Stresse do prestador de cuidados na linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE); apoiar o cuidador, assistir para o descanso do cuidador, promover a gestão de culpa e promover o encaminhamento.

Na procura de estudos que fossem relevantes delimitámos e conduzimos a nossa análise, com palavras-chave, tais como: Doença de evolução prolongada/prolonged disease evolution; doença crónica/chronic disease; doença mental/mental illness; cuidador informal/informal caregivers; esquizofrenia/schizophrenia. Seguiu-se a pesquisa bibliográfica nas várias bases de dados; MEDLINE, CINAHL, PubMed, EBSCOhost, Cochrane. Efetuamos pesquisa nas bibliotecas, da Escola Superior de Saúde de Setúbal, ESEL, polo Maria Fernanda Resende.

A pesquisa bibliográfica foi realizada com o objetivo de aumentar o conhecimento sobre o tema, identificar palavras-chave, autores, estudos e contextualizar a investigação. A reflexão sobre esta pesquisa trouxe benefícios para a realização do enquadramento conceptual, para o desenvolvimento da prática clínica e de melhores cuidados de enfermagem baseados na evidência.

No que respeita à sobrecarga familiar de cuidadores de pessoas com esquizofrenia, em Portugal existem alguns estudos realizados sobre esta matéria, dentro os quais destaco Xavier et al., (2002), trabalho de referência, autorizado pelo autor. Optamos por aplicar o questionário de problemas familiares de Xavier et al., (2002) aos cuidadores do nosso estudo, uma vez que este já se encontrava validado para a população portuguesa, (anexo I).

6.1.1 - Tipo de estudo

Na etapa diagnóstica foi realizado um estudo exploratório de carácter observacional, inspirado na tradição positivista utilizando a técnica do inquérito. Para a avaliação do nível de sobrecarga familiar foi utilizado o *Questionário de Problemas Familiares (Family Problems Questionnaire)* na versão portuguesa de Xavier et al., (2002). Trata-se de um instrumento adaptado para a população portuguesa por uma equipa de investigadores da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. O mesmo é composto por 29 itens subdivididos em 5 subescalas: sobrecarga objetiva, sobrecarga subjetiva, ajuda recebida, atitudes positivas e criticismo. A escala foi testada numa amostra de conveniência de 160 familiares de doentes esquizofrénicos e, segundo os autores, revela boas potencialidades de aplicação em atividades de investigação e monitorização de qualidade de cuidados prestados nos serviços de saúde mental, nomeadamente, em intervenções psicoeducacionais.

6.1.2 - População e amostra

A amostra foi constituída por 22 cuidadores informais de pessoas com esquizofrenia diagnosticados por psiquiatra conforme registos clínicos. A aplicação do questionário foi realizada num período de quatro semanas. Tratou-se de uma amostra selecionada por critérios de conveniência, tais como, facilidade de acesso e de comunicação, não obedecendo aos princípios de representatividade e de aleatoriedade. Relativamente ao género esta amostra contemplou ambos os sexos, feminino e masculino com uma representação surpreendente em igual número 50% para ambos os sexos. O estado civil predominante foi o casado com 54,5%, seguido do viúvo com 27,3%, os solteiros com

13,3% e divorciados 4,5%. A distribuição da escolaridade nesta amostra revelou-se baixa, sendo mais frequente a escolaridade obrigatória com 63,4%, seguindo-se o 3º ciclo e o secundário com 13,6% e por último o ensino superior com 9,1%. No que se refere à situação laboral apenas 22,7% ou seja 5 dos 22 cuidadores informais se mantêm no ativo contra 77,3% dos que estão na fase não ativa. Quanto ao parentesco foi representado em maior número pelos pais com 72,7%.

A média das idades desta amostra foi de 60 anos, com um mínimo de 40 anos e um máximo de 80 anos, desvio padrão 10,70. Se observarmos o tempo de contacto diário verificámos que foi bastante extenso com uma média de 17,27, o mínimo é de 2h e o máximo é de 24 horas. Relativamente à despesa de saúde global, aferimos que esta possui um elevado desvio padrão relativamente à média (329.55 Euros) este dado é indicativo de que existe elevada assimetria nos gastos efetuados pelos cuidadores.

6.1.3 - Colheita de dados

O local de recolha de dados contemplou dois locais distintos, por considerarmos os espaços mais adequados para uma intervenção de enfermagem, na clínica psiquiátrica e no espaço terapêutico comunitário, garantindo a privacidade e o anonimato. Permanecemos junto do cuidador informal, esclarecendo as dúvidas que pudessem surgir na compreensão das perguntas/autopreenchimento do questionário. Foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão para a amostra do estudo.

Dos critérios de inclusão, fizeram parte:

- ✓ Utentes com o diagnóstico de esquizofrenia, de ambos os sexos,
- ✓ Familiares com capacidade de fornecer a informação necessária do utente,
- ✓ Em ambulatório, com tempo de internamento igual ou inferior a um ano

Dos critérios de não inclusão, fizeram parte:

- ✓ Cuidadores informais com limitações ou perturbações mentais,
- ✓ CI que não tenham a capacidade de fornecer informação relevante do utente
- ✓ Recusa

6.1.4 - Tratamento dos dados

O questionário apresentado continha duas partes. A parte I coleta dados referentes às características sociodemográficas dos cuidadores informais, tais como o género, idade, estado civil, parentesco com o utente grau de escolaridade, situação laboral e contato diário com o utente em horas (apêndice III). A parte II denominada de questionário de problemas familiares: Este documento, foi de auto preenchimento constituído por 29 itens, abarca as áreas de influência que atingem os cuidadores em contato com a doença (rotina familiar, interação com outros membros da família/amigos, lazer, rede social), apoio dos profissionais de saúde, supervisão, saúde mental e física, sentimento de culpa e estigma, existem associados a estes itens, 3 secções adicionais relativas aos custos diretos, indiretos e sobrecarga nos outros filhos. Cada pergunta apresentava 4 a 5 opções de resposta segundo uma escala do tipo Likert. As cinco dimensões abrangidas pelo questionário de problemas familiares incorporavam: sobrecarga objetiva, apoio recebido dos profissionais e das redes sociais, sobrecarga subjetiva, atitudes positivas dos cuidadores para com os doentes e criticismo.

Os dados foram tratados com recurso ao programa EXCEL, utilizando-se testes de estatística descritiva.

6.1.5 – Apresentação dos dados

A média das idades desta amostra é de 60 anos, com um mínimo de 40 anos e um máximo de 80 anos, desvio padrão 10,70. Se observarmos o tempo de contacto diário verifica-se que é bastante extenso com uma média de 17,27 horas, o mínimo é de 2h e o máximo é de 24 horas. Relativamente à despesa de saúde global, esta possui um elevado desvio padrão relativamente à média (329.55 Euros) este dado é indicativo de que existe elevada assimetria nos gastos efetuados pelos cuidadores conforme se observa na tabela 1.

	Idade	Tempo de contacto diário (horas)	Despesa de saúde globais (€)	Despesas de saúde sem reembolso (€)
Média	60,23	17,27	329,55	342,27
Desvio Padrão	10,70	7,14	395,44	157,45
Mediana	63	18	200	360
Moda	55	24	0	500
Mínimo	40	2	0	100

Tabela 1 . Médias e desvios padrão de variáveis de caracterização

A tabela 2 representa a sobrecarga total, observando-se nas cinco subescalas valores acima de 2 o que demonstra uma sobrecarga elevada com valores que variam entre 2,12 para o criticismo e 2,65 para as atitudes positivas.

	Sobrecarga total	Sobrecarga objetiva	Sobrecarga subjetiva	Ajuda recebida	Atitudes positivas	Criticismo
Média	2,34	2,19	2,47	2,29	2,65	2,12
Desvio Padrão	0,31	0,31	0,23	0,31	0,8	0,81

Tabela 2 . Médias e desvios padrão relacionados com a sobrecarga

O gráfico 1 representa os valores de sobrecarga total dos cuidadores informais, onde se verifica a existência de uma sobrecarga total com maior representatividade acima de 2 que em termos percentuais é de 81,8%, observa-se apenas 3 pessoas abaixo desse linear com sobrecarga ligeira ou seja 13,64%, mas muito próximas de 2, um elemento sobre a linha de 2, representando 4,55%.

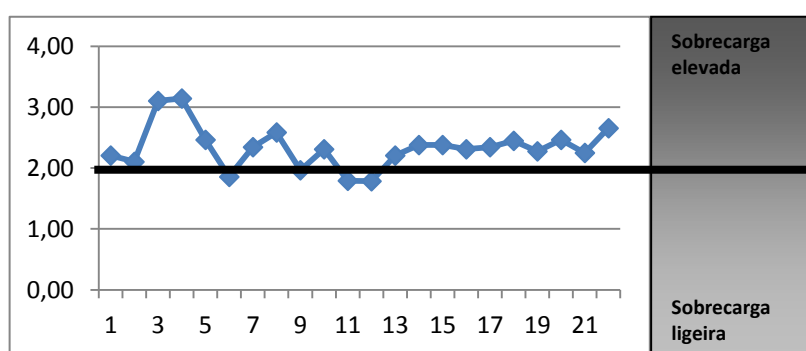


Gráfico 1 . Sobrecarga total

O gráfico 2 ilustra as médias obtidas para a sobrecarga objetiva e subjetiva, onde se constata um perfil semelhante, contudo, com média mais elevada para a sobrecarga subjetiva de 86,4% contra os 63,6% da sobrecarga objetiva.

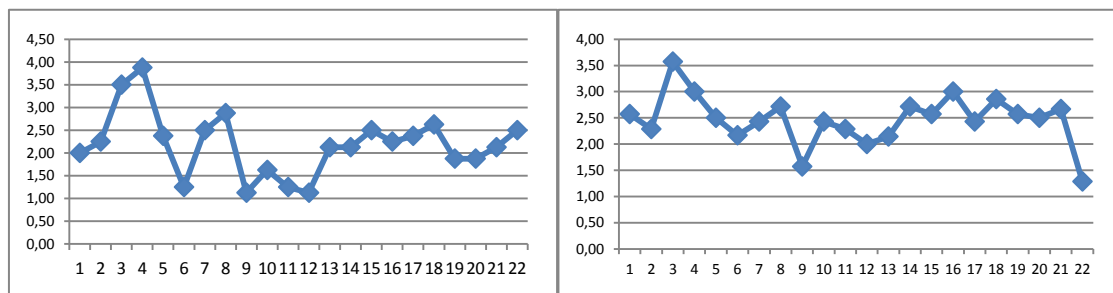


Gráfico 2 . Sobrecarga objetiva e sobrecarga subjetiva

O gráfico 3 ilustra as médias por cada participante na ajuda recebida e nas atitudes positivas. Verifica-se que ambos atingem 72,7%, ou seja denota uma grande lacuna na ajuda e apoio quer de familiares, amigos, profissionais da saúde e outras entidades, como também da informação dada pelos mesmos.

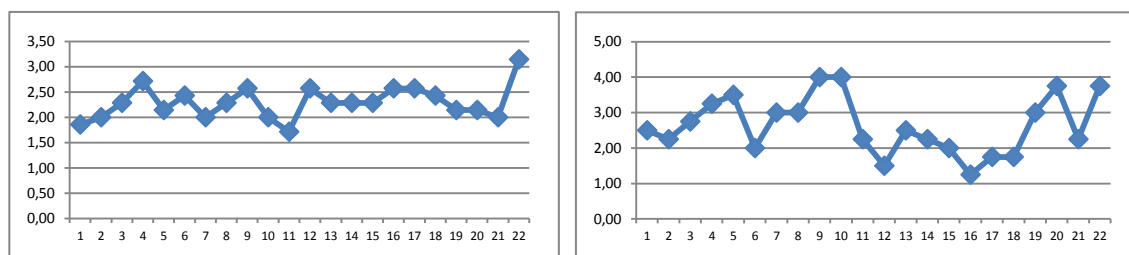


Gráfico 3 . Ajuda recebida e atitudes positivas

O gráfico 4 ilustra as médias obtidas por cada participante no criticismo. Apenas 45,5% dos itens foram pontuados acima de 2, o que representa um pouco menos de metade da nossa amostra.

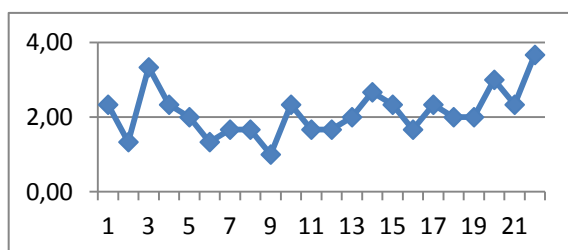


Gráfico 4 . Criticismo

Neste estudo foram determinados os parâmetros dos vários itens relativos à média, desvio padrão e moda, associados de acordo com as várias subescalas que a representam na tabela 3.

ITENS	M	DP	Moda
Sobrecarga Objetiva			
7. Problemas com o sono	2	1	2
8. Limitações dos períodos de laser	3	1	3
9.Dificuldade de sair ao fim de semana	2	1	1
10.Limitação em receber convidados	1,8	1	1
11.Restrição da vida social	1,8	1	1
12.Problemas de assiduidade no trabalho	1,5	0,8	1
13. Negligenciar de outros familiares	2,9	2,3	2
14.Dificuldade em fazer férias	2,7	1,6	2
Sobrecarga subjetiva			
15.Sensação de esgotamento eminente	2,2	0,8	2
16. Sentimentos de depressão, choro	2,3	0,9	3
17.Preocupação com o futuro dos familiares	2,8	1,2	4
18.Sensação de ser observado (com o doente)	1,8	0,8	2
19.Culpa por transmissão da doença	2	0,53	1
20.Responsabilização do doente	3,5	0,9	4
21.Desapontamento pela evolução da doença	3,1	1	4
Ajuda Recebida			
1.Ajuda de familiares ou amigos	3	1	4
2. Informação dada por profissionais de saúde	3	1	4
3.Emergência - ajuda de família/amigos	2	1	2
4. Emergência- ajuda de profissionais de saúde	2	1	2
5. Ajuda por parte dos médicos	2	1	2
6. Ajuda por parte dos enfermeiros	2	1	1
25. Ajuda por parte de outras identidades	1,3	0,7	1
Atitudes Positivas			
22. Satisfação com a ajuda dada pelo doente	3,1	2,1	2
24. Satisfação pela cooperação do doente	2,4	1,1	2
26. Elogio da sensibilidade do doente	2,8	1,1	4
27. Elogio de qualidades do doente	2,3	0,8	2
Criticismo			
23. Ideia de que o doente tenta estorvar	2	1,7	2
28. Vontade de se separar do doente	1,5	0,9	1
29. Extrair algo de positivo da situação	2,8	1	3

Tabela 3 . Resultados da aplicação do questionário, adaptado do QPF de Miguel Xavier et al., (2002)

No que se refere ao índice global de *sobrecarga objetiva* foi de 2,19 com valores mais elevados nos itens expostos com as limitações dos períodos de laser, negligenciar de outros familiares e dificuldade em fazer férias.

Relativamente ao índice global de *sobrecarga subjetiva* foi de 2,47 com pontuações mais elevadas nos itens referentes à responsabilização do utente pelos problemas familiares e desapontamento pela evolução da doença.

O valor do índice global de *ajuda recebida* foi de 2,29 com pontuações mais elevadas nos itens de ajuda recebida por parte dos familiares ou amigos e informação dada por profissionais de saúde com uma moda de 4 sendo este o score máximo.

Por último, na subescala **atitudes positivas** o índice global foi de 2,65 com pontuações mais altas nos itens satisfação com a ajuda dada pelo doente e elogio pela sensibilidade do mesmo, com os 4 itens pontuados acima de 2, enquanto a subescala do **criticismo** tem um índice global de 2,12, sendo o item mais cotado o extrair algo de positivo da situação e o mais baixo a vontade de se separar do doente, representando este, o item com o valor mais baixo deste questionário.

6.1.6 – Síntese do diagnóstico

Após a aplicação do questionário de problemas familiares, observamos que os resultados obtidos não se mostraram disparos dos valores apresentados por Xavier et al., (2002), na aplicação do Questionário de problemas familiares. Verificamos no entanto, a existência de maior sobrecarga na população de cuidadores informais do nosso estudo.

O perfil do cuidador foi representado em igual número e género em ambos os sexos, com uma média de 60 anos de idade, tendo os pais com 72,7% a sua maior representatividade, o estado civil predominante foi o casado, apresentando uma literacia de escolaridade obrigatória de 1º e 2º ciclo, em situação não ativa, com uma média de contato diário de 17,27 horas. Relativamente à despesa de saúde global existe uma elevada assimetria nos gastos efetuados pelos cuidadores.

Das necessidades identificadas, maximizar as qualidades dos CI e minimizar os níveis de sobrecarga total, através da resposta às necessidades de; *deficit* de informação relativos ao conhecimento sobre a patologia e tratamento, dificuldade em gerir a sintomatologia, lidar com as situações de crise, desconhecimento sobre os recursos existentes na comunidade, a preocupação para o futuro e como aliviar a sobrecarga total provocado pelo elevado desgaste físico e psíquicos relacionados com os cuidados.

6.2 – Etapa de Planeamento

Partindo dos resultados do diagnóstico de situação, a psicoeducação foi a técnica utilizada neste projeto como estratégia privilegiada para ajudar os cuidadores informais a reduzirem os seus níveis de sobrecarga. A escolha desta abordagem está suficientemente demonstrada na literatura, como técnica coadjuvante no tratamento de pessoas com esquizofrenia. Tendo como principais finalidades, melhorar o conhecimento/entendimento

da doença, por parte do utente e do cuidador informal, e deste modo fomentar mudanças positivas nas atitudes e comportamentos face à doença. Esta técnica deve ser associada e considerada como parte do tratamento e delineada no projeto terapêutico. É neste contexto que o utente e CI adquirem um papel mais interativo no seu tratamento. Procurar proporcionar informação aos utentes e CI, desmitificando as várias vertentes da doença no que diz respeito às possíveis causas, sinais e sintomas, tratamento e percurso da doença, com a pretensão de facilitar a adesão terapêutica e melhorar o *insight* do utente (Afonso, 2010).

6.2.1 – Evidência científica associada à intervenção psicoeducativa

A abordagem psicoeducativa, incidiu num grupo multifamiliar incluindo o utente a realizar terapêutica *depôt* no ETC. Afonso (2010) enumera vários objetivos gerais dos programas de psicoeducação nos utentes com esquizofrenia: aperfeiçoar o autoconhecimento face à doença; aumentar a adesão à medicação; reduzir o risco de recaída; assistir atempadamente nas recaídas; aplicar planos concretos no decorrer da crise psicótica.

Os programas de psicoeducação segundo Aycher & Krause, (1991) identificado por Afonso, (2010) poderão ser efetuados em várias sessões modulares, desenvolvendo temas nas áreas, do tipo de doença, predomínio, desenvolvimento, medicação, consumo de substâncias, fatores de stresse, recursos comunitários, detetar sinais de recaída e considerações legais. A abordagem terapêutica deve ser realizada de acordo com as características do utente, família, sociais e culturais para que possam integrar os esclarecimentos oferecidos sobre as suas experiências. As *intervenções familiares* (IF) surgem após a década de 70, quando passaram a incluir os cuidadores de utentes com esquizofrenia no processo terapêutico. Por outro lado as emoções expressas envolvidas nos estudos realizados por Brown (1972) determinaram que o nível elevado de emoções expressas dos cuidadores seria um preditor de recaídas dos utentes, existindo uma relação entre eles, ou seja quanto mais elevada for a emoção expressa do cuidador, maior é a propensão para recaída do utente (Yacubian & Neto, 2001; Gonçalves-Pereira, Xavier & Fadden, 2007; Afonso, 2010).

As *Intervenções Familiares em Grupos de Família* (IGF) poderão ter vários formatos dirigidos de acordo com o tipo de abordagem que se pretende realizar. As IGF estão orientadas para grupos familiares sem a presença do utente e têm como principal enfoque as necessidades dos cuidadores e a diminuição dos níveis de sobrecarga. As sessões educativas aplicadas poderão dar mais destaque a programas de informação sobre a patologia clínica, tratamento farmacológico, etiologia, prognóstico, redes sociais e legislação sobre saúde mental. Poderão também focar-se na resolução de problemas, no treino comunicacional, no reforço de atitudes positivas ou na exposição e diminuição do grau das emoções expressas. De acordo com Gonçalves-Pereira et al., (2007) ainda não está comprovado que as IGF influenciem de forma concreta as variáveis referentes aos utentes, assim como apresentam menor eficácia naquelas que se limitam apenas a dar informação ou seja, uma pessoa que tenha conhecimento da doença não significa que possua habilidades ou competências para lidar com as contingências da prática. A taxa de adesão ou dificuldades no recrutamento desta terapia são habitualmente inferiores a 50% de acordo com o descrito na literatura.

As *intervenções familiares integrando o utente* (IUF) são todas aquelas que são realizadas com a presença da família integrando o utente, à exceção das sessões em que não é necessário a presença do utente, em que o foco de atenção se centraliza numa família. As intervenções familiares são mais efetivas nos cuidadores com elevadas emoções expressas e nos utentes com maior índice de recaídas (surtos psicóticos, incapacidades, maiores necessidades sociais ou com vários sintomas). Adotam os subsequentes princípios: familiares e utentes com maior vulnerabilidade/stresse à doença (esquizofrenia); a IF assume-se como um complemento da terapêutica farmacológica e não como única no processo terapêutico; subentendem uma forte aliança com o cuidador e o utente e que este permaneça durante um grande período no decurso da intervenção; educar os cuidadores face à doença. A duração das IF decorrem em tempo suficiente para promover competências nos cuidadores e utentes ou no âmbito de cuidados continuados e reforçam os aspetos mais relevantes na prevenção de recaídas (Gonçalves-Pereira et al., 2007).

A *Terapia Familiar Comportamental* que o grupo Falloon desenvolveu, tem o seu enfoque na intervenção psicoeducativa unifamiliar centrada na gestão de stresse. Apesar de ter sido introduzida em Portugal, a prática desta técnica mantém-se muito abaixo da sua potencialidade. As intervenções em grupos multifamiliares (IGMF)

envolvem os vários grupos de famílias, incluindo a presença do utente, e tem como objetivo resolver questões relativas ao estigma, isolamento social, sobrecarga psicológica e financeira mediante o grupo de famílias (Gonçalves-Pereira et al, 2007). Ainda os mesmos autores fazem referência à duração das IF preconizando a sua aplicação para além dos três meses, no entanto ainda existem questões por resolver nessa área. De acordo com estes autores as IF mais abrangentes são as que incluem o utente e as que trabalham associando a terapia comportamental de Falloon incidindo na gestão de stresse e nas intervenções psicoeducativas. O período da sua aplicação poderá decorrer entre três meses a quatro anos. Na literatura atual, os resultados de uma intervenção psicoeducativa (IP) em pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia, num contexto real, é semelhante aos que estão numa situação experimental. Segundo Rummel-Kluge & Kissling (2008) a utilização de uma breve intervenção psicoeducativa no grupo em que participe o cuidador e o utente, poderá ter, a longo prazo, efeitos positivos na redução do número de recaídas e reinternamentos. Essa intervenção será mais benéfica se for utilizada em contexto de ambulatório com utentes estáveis. Nas últimas duas décadas, os programas de psicoeducação demonstraram melhorar significativamente os cuidados no pós alta dos utentes com esquizofrenia, resultados comprovados pelas taxas de reinternamento, de adesão à terapêutica e pelo autoconhecimento da doença (Praskoa et al., 2010). Relativamente ao tratamento psicofarmacológico foram analisados inúmeros fatores que pudessem influenciar o processo de adesão ao tratamento medicamentoso. Cardoso & Galera (2006), fizeram uma síntese dos fatores relacionados com o *utente* que incluem as características individuais, as psicopatológicas, os fatores populacionais, o uso e abuso de drogas e o *insight*. Dos fatores relacionados com a *medicação* inclui-se a ocorrência de reações adversas, a complexidade do regime terapêutico, a relação de custo-benefício (tratamento/doença). Quantos aos *fatores externos* estão relacionados com o suporte familiar, aliança terapêutica, apoio social, papéis e responsabilidades dos sujeitos envolvidos no processo de tratamento e manutenção.

Perante tais virtudes a psicoeducação tornou-se a intervenção mais adequada na gestão de sobrecarga dos cuidadores informais. Assim, para fazer face às necessidades de saúde propusemos implementar, junto dos mesmos, um projeto assente em duas linhas de intervenção complementares: a psicoeducação em grupos multifamiliares incluindo o utente e a intervenção psicoterapêutica individual segundo o modelo da relação de ajuda

de inspiração Rogeriana. Para os utentes foram desenvolvidas atividades terapêuticas, desenhadas segundo a teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson.

6.3 – Etapa de Intervenção

No ETC, foi aplicado aos cuidadores informais uma intervenção psicoeducativa multifamiliar integrando o utente que incluía entrevistas unifamiliares de suporte emocional. Estas intervenções de enfermagem foram estruturadas segundo o modelo conceitual da Teoria das Relações Interpessoais (Peplau, 1990). Nesta etapa são descritas essas atividades, que se apresentam em função do *setting* (ETC ou internamento) e da população alvo (cuidadores informais ou utentes).

6.3.1 - No Espaço Terapêutico Comunitário

Para o cuidador informal, elegemos na Teoria das Relações Interpessoais (Peplau, 1990) visto estar orientada para a compreensão das vivências expressas pelos cuidadores informais em interação com o enfermeiro e com o meio, proporcionando, também, o crescimento profissional do enfermeiro. Este modelo não colide com os princípios da psicoeducação, antes o enriquece no exercício da enfermagem.

No ponto seguinte explicitamos as etapas dessa intervenção.

Foram implementadas um conjunto de 3 sessões de psicoeducação com os seguintes objetivos:

- ✓ Proporcionar informação adequada e atualizada sobre a doença, aumentando o auto conhecimento
- ✓ Fomentar a adesão à terapêutica
- ✓ Identificar precocemente os sinais de recaída
- ✓ Adquirir conhecimentos para atuar numa situação de crise
- ✓ Promover a partilha de emoções

Definimos como **indicadores de avaliação de execução:**

- ✓ Redução em 5% dos scores globais e parciais de sobrecarga, verificado pelo questionário *QPF*.
- ✓ Melhoria da adesão ao tratamento, verificado por 100% de comparência às consultas de enfermagem.

Estratégias preconizadas

O processo de planeamento em saúde pretende nesta etapa, indicar formas de atuação que possibilitem alcançar os objetivos propostos. Pelo que foram definidas as seguintes estratégias: reunião com o professor e enfermeira orientadora de estágio; reunião com a diretora e chefe de serviço; participação da equipa multidisciplinar (uma enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria e uma enfermeira estagiaria na mesma área de saúde, uma psicóloga, uma assistente social e uma farmacêutica) do ETC; informação aos familiares dos resultados do diagnóstico de situação, quer do grupo experimental como do grupo de controlo; esclarecimentos na aplicação dos questionários de sobrecarga familiar; informação dos objetivos do projeto e da intervenção de psicoeducação ao utente e cuidador informal. Desenvolvimento de atividades interativas com os familiares e utentes, Participação dos utentes do ETC, na realização de um desenho que representa-se para si a doença psicótica, para posterior utilização num folheto de informação. A informação que o compõem é referente aos recursos existentes na comunidade e como atuar em situação de crise, (apêndice IV); envolvimento dos utentes e cuidadores informais nas atividades desenvolvidas; no internamento optamos por realizar 2 sessões de intervenção psicoeducativa, para cuidadores informais de pessoas em situação aguda; no ETC efetuamos 3 sessões para grupos multifamiliares incluindo o utente;

As sessões foram estruturas de acordo com a seguinte lógica:

A primeira sessão - psicoeducação face à doença

A segunda sessão – psicoeducação na adesão à terapêutica

A terceira sessão - psicoeducação da família na perspetiva do cuidador

Síntese das sessões realizadas

O conteúdo das intervenções de psicoeducação, decorreram no Espaço Terapêutico Comunitário, durante 3 meses, na última sexta-feira de cada mês, num total de 3 sessões de uma 1h30m cada e foram organizadas do seguinte modo:

1ª Sessão: Psicoeducação face à doença – Efetuou-se a apresentação da equipa multidisciplinar aos utentes e cuidadores informais; introdução dos CI e utentes que constituíam o grupo; esclarecimento dos objetivos do grupo; fornecidas informações ao utente e cuidadores, sobre a natureza biológica da esquizofrenia, o que é uma doença psicótica, a diferença entre uma imagem real e o imaginário que se tem do mundo; os sinais e sintomas da psicose (sintomas positivos, negativos, cognitivos, *embotamento* afetivo e isolamento social), as causas possíveis e consequências da esquizofrenia, tratamento e orientações familiares. As sessões, processaram-se de forma interativa, com o apoio de uma apresentação entre o grupo multifamiliar, ajudando os utentes e cuidadores a suprimir o sentimento de que a doença é única e individual nas suas vidas. A partilha de experiências pôde ajudar os membros do grupo a representarem as consequências de uma perturbação mental. Fornecida informação sobre os malefícios de outros fatores de risco quando associados à doença, tais como as drogas, álcool, tabaco e uma alimentação desadequada.

2ª Sessão: Psicoeducação na Adesão à terapêutica na perspetiva do utente

A sessão de psicoeducação incidiu sobre: Psicofarmacologia; a sua atuação na doença psicótica; as várias formas de administração da medicação; a não adesão ao tratamento da doença psicótica como um problema frequente, comum e com várias causas. A informação pouco clara sobre os efeitos secundários da medicação ou a falta de informação sobre as consequências da sua interrupção, as características da própria patologia e a recusa em admitir a doença; feito o treino e reforçado a sua necessidade no reconhecimento dos sinais de recaída; as intervenções que se podem utilizar atempadamente para prevenirem o reinternamento; reforçar o papel do utente e do cuidador na aliança terapêutica.

3º Sessão: Psicoeducação da família na perspetiva do cuidador

Nesta sessão, foram abordados os seguintes temas: O que pode auxiliar a família; aspetos positivos das relações interpessoais; preparação para o futuro; A comunicação como principal vínculo, na relação entre quem cuida e é cuidado; as famílias com emoções expressas elevadas, envolvendo o criticismo, condições hostis ou de superproteção e sua relação com as recaídas; aconselhar as famílias a evitarem o criticismo, uma vez que este indicador interfere e destabiliza a privacidade do utente, aumenta o stress podendo levar à exacerbação dos sintomas e a posteriores recaídas; as famílias foram orientadas para não criticarem comportamentos pouco usuais. É dada ênfase à necessidade proporcionar e respeitar o espaço físico e mental do utente; a exteriorização das emoções permitiu-nos, reforçar aspetos positivos nas tomadas de decisão. Valorizamos o suporte familiar na sustentação de uma vida digna e sã; o aumento das aptidões sociais e da qualidade de vida do utente, melhora com a redução de stress e com a redução da sintomatologia psicótica; Foram treinadas algumas competências sociais, nomeadamente ao nível da compreensão correta da informação expressa, de emoções negativas e autoafirmação.

Com o utente foram desenvolvidas atividades terapêuticas, desenhadas segundo a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, (2007). O carácter holístico e sistémico do Cuidado Transpessoal, possibilita o desenvolvimento de atividades orientadas para aspetos de natureza biológica, psicológica, social, cultural e espiritual. Este modelo concetual permite ao enfermeiro, introduzir elementos de criatividade e espontaneidade face ao contexto e ao desenvolvimento pessoal do utente. Foi neste espírito que as atividades com o utente foram planeadas, das quais se explicita as principais: entrevista na consulta pós alta realizada no ETC para aferir a adaptação da pessoa ao meio. Realizadas visitas domiciliárias com o intuito de averiguar se os utentes mantinham o comprimento terapêutico, idas às consultas, integridade física e emocional, se as atividades de vida estavam a ser efetuadas autonomamente. Aferiu-se a possibilidade de dificuldades monetárias na manutenção das necessidades básicas de vida, a existência de recursos para a deslocação ao ETC ou ao centro de saúde para darem continuidade ao processo terapêutico. Os utentes foram capacitados com informação relativos ao conhecimento sobre a patologia e tratamento, reconhecer os sinais de recaída, lidar com a situação de crise, reconhecer os recursos existentes na comunidade, partilhar valores e sentimentos, verbalizar as preocupações com o futuro. Discussão do tratamento

farmacológico no grupo residente do ETC, reconhecer os benefícios da medicação e os efeitos secundários. Realizadas sessões de expressão plástica, tendo sido desenvolvido pelos utentes desenhos, que representariam a sua doença e que viriam a ilustrar um guia orientador para cuidadores de pessoas com doença psicótica (anexo II). Instruímos sobre as atividades relacionadas com a apresentação pessoal, higiene, alimentação e o repouso. As atividades surgiram sob a forma; exercício físico com movimentos de aquecimento, relaxamento e alongamentos corporais adaptados às condições físicas; massagem corporal; passeios de lazer, passeio junto ao rio Tejo; atividades aquáticas, desenho, música, dança e jogos. As atividades realizadas no exterior nomeadamente, laser e cultura, tiveram como objetivo proporcionar um contato com a comunidade e outros eventos diários, estimulando a autonomia, iniciativa e o pragmatismo. A discussão de temas nacionais e internacionais foram atividades desenvolvidas no ETC, com a intenção de promover a interação, comunicação e a capacidade de escuta entre os elementos do grupo, estimular a memória e concentração, promover a aquisição de saberes, do conhecimento geral. Desenvolver mecanismos para diminuir a deterioração e exclusão social provocados pelo desinteresse e apatia, desencorajar as ideias delirantes.

6.3.2– No internamento em clínica psiquiátrica

No internamento, a intervenção psicoeducativa a cuidadores informais de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia em situação aguda de primeiro internamento foi unifamiliar, não envolvendo o utente e efetuada em 2 sessões com intervalo de 1 semana, com a duração de 1h30m cada uma.

Com o **cuidador informal** na primeira sessão, foi iniciada uma abordagem com esclarecimentos funcionais e estruturais do serviço. Elucidaram-se dúvidas que surgiram por desconhecimento parcial ou total da doença, tais como; O que é uma doença psicótica, a possível causa, as alterações da perceção, afetivas e do comportamento, sinais e sintomas da doença. Desmistificam-se situações de estigmas relativos à saúde mental. O período de adaptação ao tratamento farmacológico e a duração média do tratamento. Procuramos estabelecer uma relação interpessoal de forma a poder dar ao outro a confiança e segurança necessária, para realizarem um pedido de ajuda. Foi proposta uma reflexão sobre a situação, para novos esclarecimentos na sessão posterior, sugerido a participação de pessoas significativas que fizessem parte da rede de suporte do utente

interessados em participar nessa reunião. Na segunda sessão, deu-se continuidade ao esclarecimento de dúvidas e suporte emocional. Encaminharam-se os CI para outros membros da equipa multidisciplinar, na existência de uma necessidade observada pelo enfermeiro ou requerida pelo cuidador. Efetuou-se a ligação entre o internamento e a continuidade do tratamento na comunidade, a importância de realizar uma supervisão ao utente na toma da medicação e na adaptação a uma nova realidade.

Com o **utente** as entrevistas realizadas no internamento tiveram a finalidade de obter dados para elaborar a anamnese do utente e despiste de indicadores de mal-estar ou sofrimento psicológico (ansiedade, angústia, depressão, isolamento) atendendo aos diagnósticos de enfermagem. As atividades dos utentes internados surgiram sob a forma de exercício físico com movimentos de aquecimento, relaxamento e alongamentos corporais adaptados às condições físicas, massagem corporal, desenho, música de relaxamento, dança e jogos, os passeios foram realizados no espaço circundante à clínica. Os jogos interativos praticados no internamento com duração de 60 minutos permitiram promover aprendizagens, troca de conhecimentos, cálculos, memória, concentração e utilização de capacidades remanescentes. Para a avaliação dos resultados destas atividades, foi feita uma observação direta dos comportamentos e nalgumas aptidões foi requerido uma avaliação escrita pelos próprios, de como se sentiram após a sua realização (anexo III).

6.4 – Etapa de Avaliação

No presente capítulo debruçamo-nos sobre a avaliação dos ganhos em saúde decorrentes da intervenção efetuada. Começamos primeiro por apresentar a metodologia utilizada e procedida dos principais resultados obtidos.

6.4.1 - Metodologia utilizada na avaliação

Partindo da necessidade em conhecer se a intervenção psicoeducativa, tal como propomos no nosso projeto, acresce ganhos em saúde quando comparada com as intervenções que já são realizadas pela equipa multidisciplinar do ETC, pareceu-nos

pertinente realizar um estudo de desenho experimental, com randomização e medição antes e após a intervenção. Para esse efeito foram selecionados aleatoriamente dois grupos, um de controlo que recebeu os cuidados habituais pela equipa multidisciplinar do ETC, e um grupo experimental a quem realizámos as intervenções psicoeducativas na modalidade por nós proposta. Este estudo foi realizado apenas com os cuidadores informais assistidos no ETC, embora o nosso projeto também se tenha estendido ao internamento. Participaram nesta amostragem 14 cuidadores informais, um grupo experimental (n=7) e outro de controlo (n=7).

Técnica de amostragem

Da população de cuidadores informais seguidos pelo ETC, foram selecionados 14 que reuniam condições para participar no estudo. As condições definidas foram as seguintes:

- ✓ Ter um familiar com diagnóstico de esquizofrenia, segundo os critérios do DSM-IV-TR;
- ✓ Não ser portador de doença mental diagnosticada segundo os critérios do DSM-IV-TR (inclui debilidade mental (LP; QI> 89);
- ✓ Não apresentar sintomatologia clinicamente significativa (SCL-90);
- ✓ Não apresentar na sua história clínica antecedentes de alcoolismo ou toxicodependência;
- ✓ O familiar doente estar em regime farmacoterapêutico há pelo menos 3 meses;
- ✓ O familiar doente ter pelo menos um internamento em hospital psiquiátrico;
- ✓ Ter como língua materna o português;
- ✓ Ter um papel cuidador acompanhando regularmente o familiar doente.

Os participantes que integraram os grupos foram previamente diagnosticados e propostos para fazerem a terapêutica *depôt* no ETC pelo psiquiatra que os segue em consulta externa, preenchem todos os critérios de inclusão e foram distribuídos pelos dois grupos aleatoriamente (segundo tabela de números aleatórios).

Procedimentos

Os cuidadores informais, que se enquadravam nos critérios de inclusão, foram distribuídos segundo uma tabela de números aleatórios pelos grupos experimental e controlo. Aos participantes no grupo experimental foram realizadas entrevistas com o cuidador informal e utente aos quais expusemos os objetivos da intervenção psicoeducativa preconizada e designados por *Grupo Psicoeducativo*. O projeto decorreu nas instalações do ETC, ao longo de três meses. As sessões foram dinamizadas numa metodologia participativa e abrangeram as seguintes temáticas.

- I. Psicoeducação face à doença
- II. Psicoeducação face à adesão terapêutica
- III. Psicoeducação da família na perspetiva do cuidador

Outcomes esperados

Nos dois grupos, experimental e controlo, foi avaliado antes e após a implementação das intervenções psicoeducativas, os seguintes *outcomes*:

- Redução da perceção pessoal de sobrecarga familiar nas suas dimensões de sobrecarga objetiva, sobrecarga subjetiva, ajuda recebida atitudes positivas e criticismo.

Descrição da amostra

De modo a conhecer o grau de homogeneidade dos grupos, apresentamos seguidamente a comparação, dos mesmos, em relação a algumas variáveis biográficas dos cuidadores informais: sexo, idade, parentesco com o familiar doente, estado civil, número de filhos a cargo, escolaridade, situação profissional, horas de contacto com o familiar doente. A tabela 4 sintetiza os dados obtidos.

Variáveis Biográficas	Experimental	Controlo
Sexo	Masculino – 0 Feminino – 100%	Masculino – 28,6 % Feminino – 71,4%
Idade	Média = 56,8	Média = 46,0
Grau de parentesco	Pai – 0 Mãe – 71,4% Irmão/ã – 14,2% Filho/a – 14,2% Cônjuge/companheiro/a - 0 Amigo/a - 0 Outro – 0	Pai - 14,2% Mãe - 14,2% Irmão/ã -28,5% Filho/a - Cônjuge/companheiro/a – 28,5% Amigo/a - Outro - 14,2%
Estado civil	Casado – 28,5% Viúvo – 42,8% Solteiro – 28,5%	Casado – 57,2% Viúvo – 0 Solteiro – 42,8%
Número de filhos a cargo	Média = 2	Média = 2
Escolaridade	Analfabeta - 14,3% 1º e 2º ciclo - 57,3% 3º Ciclo - 14,2% Secundário - 14,2% Superior – 0	Analfabeta - 28,5% 1º e 2º ciclo - 42,8% 3º Ciclo - 0 Secundário - 28,5% Superior – 0
Situação profissional	Ativo- 42,8% Não ativo - 57,2%	Ativo- 28,6% Não ativo - 71,4%
Horas de contacto semanal	Média= 19h14 m	Média= 18h14m

Tabela 4. Frequência e médias de algumas variáveis biográficas

Pela análise da tabela 4 verificamos que o cuidador informal é um adulto (máximo - 79 anos/ mínimo - 24 anos) maioritariamente do sexo feminino. O cuidador possui uma relação de consanguinidade com o doente, mais frequentemente, mãe ou irmã(o). O estado civil mais representado é o casado, seguido do solteiro e viúvo. O nível de escolaridade é baixo a muito baixo, encontrando-se casos de analfabetismo e ausência de formação superior. A maioria afirma estar em situação de inatividade profissional, passando, em média 19h14m no grupo experimental e 18h14m no grupo de controlo de contacto semanal com o doente.

6.4.2 - Resultados terapêuticos

Na primeira parte deste ponto, enunciamos os resultados mais significativos obtidos no estudo experimental. Na segunda parte estão apresentados os resultados verificados com o inquérito de satisfação do projeto.

No estudo experimental

Na tabela 5 apresentamos as médias e desvios padrão obtidas no QPF e respetivas subescalas, avaliados nos dois grupos, antes da realização das intervenções psicoeducativas.

QPF	Controlo			Experimental			Diferenças	P	Conclusão
	N	M	D.P.	N	M	D.P.			
Sobrecarga total	7	2.46	1.29	7	2.46	1.19	0		
Sobrecarga Objetiva	7	2.13	1.36	7	2.25	1.17	-0.12		
Sobrecarga Subjetiva	7	2.47	1.31	7	2.40	1.09	0.07	>.05	Diferenças não significativas
Ajuda Recebida	7	2.76	0.98	7	2.76	1.14	0		
Atitudes Positivas	7	2.75	0.89	7	2.57	0.55	0.18		
Criticismo	7	2.48	0.95	7	2.33	1.56	0.15		

Tabela 5. Médias e desvios padrão obtidos antes da realização das intervenções de enfermagem, no grupo de controlo e experimental

Pela análise da tabela 5 podemos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas, ao nível alfa .05, na sobrecarga total e suas respetivas dimensões, entre os dois grupos estudados, antes da realização das atividades psicoeducativas e entrevistas de suporte emocional, previstas no projeto. O teste de comparação de médias foi efetuado com recurso à estatística não paramétrica *Mann-Whitney Test* para amostras independentes em SPSS versão 19. Embora a baixa representatividade da amostra não permita a generalização à população, estes resultados evidenciam um nível de sobrecarga total elevado nos dois grupos estudados.

Os participantes do grupo de experimental receberam, durante três meses, três sessões psicoeducativas multifamiliares, habitualmente, seguidas ou antecedidas por entrevistas de suporte emocional seguindo uma abordagem rogeriana existencialista e humanista. Os participantes do grupo de controlo receberam os cuidados habituais preconizados pelo ETC, que consiste na interação com a equipa multidisciplinar com intuito de resolver questões emergentes (administração de terapêutica *depôt*, marcação de

consultas médicas, resolução de assuntos administrativos e sociais). A tabela 6 ilustra os scores obtidos após a realização das intervenções psicoeducativas por nós estruturadas. É de referir que o tempo de intervalo entre o primeiro e o segundo momento de avaliação da sobrecarga total foi de aproximadamente três meses.

QPF	Controlo			Experimental			Diferenças	p	Conclusão
	N	M	D.P.	N	M	D.P.			
Sobrecarga total	7	2.32	1.17	7	2.06	1.29	0.26		
Sobrecarga Objetiva	7	1.95	0.95	7	1.84	1.39	0.56		
Sobrecarga Subjetiva	7	2.31	1.27	7	2.16	1.21	0.15	>.05	Diferenças não significativas
Ajuda Recebida	7	2.57	1.04	7	2.22	1.17	0.35		
Atitudes Positivas	7	2.79	1.14	7	2.29	0.93	0.5		
Criticismo	7	2.10	0.62	7	1.76	0.94	0.34		

Tabela 6 . Médias e desvios padrão obtidos após a realização das intervenções de enfermagem, no grupo de controlo e experimental

Aplicando novamente o teste não paramétrico de *Mann-Whitney* no SPSS versão 19, podemos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas ao nível alfa .05, entre os dois grupos estudados, para as médias nos scores da sobrecarga total e subescalas. Contudo, a tabela 7 evidencia a tendência do grupo experimental para apresentar valores médios de sobrecarga mais baixos, em todas as dimensões, que o grupo de controlo. O facto de não termos encontrado diferenças estatisticamente significativas, pode estar relacionado com limitações inerentes à dimensão de amostragem, erros nos procedimentos de pilotagem da atividade experimental, entre outras variáveis não conhecidas por nós. Contudo, aplicando um modelo de análise estatística menos exigente, que a abordagem inferencial, neste caso a análise proporcional, torna mais claro a percentagem de redução de sobrecarga total que cada grupo obteve entre as duas avaliações. A tabela 8 e 9 ilustram os resultados dessa análise em cada grupo estudado.

Experimental	Antes	Após	Diferença	Percentagem de redução
Sobrecarga total	2,46	2,06	0,4	16,26%
Sobrecarga Objetiva	2,25	1,84	0,41	18,22%
Sobrecarga Subjetiva	2,4	2,16	0,24	10,00%
Ajuda Recebida	2,76	2,22	0,54	19,57%
Atitudes Positivas	2,57	1,14	1,43	55,64%
Criticismo	2,33	1,76	0,57	24,46%

Tabela 7. Percentagem de redução total de sobrecarga entre os dois momentos no grupo experimental

Controlo	Antes	Após	Diferença	Percentagem de redução
Sobrecarga total	2,46	2,32	0,14	5,69%
Sobrecarga Objetiva	2,13	1,95	0,18	8,45%
Sobrecarga Subjetiva	2,47	2,31	0,16	6,485
Ajuda Recebida	2,76	2,57	0,19	6,885
Atitudes Positivas	2,75	2,79	-0,04	-1,45%
Criticismo	2,48	2,1	0,38	15,32%

Tabela 8. Percentagem de redução total de sobrecarga entre os dois momentos no grupo de controlo

Os dados patentes nas tabelas 8 e 9 apontam, de forma clara, para uma maior percentagem de redução da sobrecarga total e em todas as dimensões, no grupo experimental. Com efeito, na subescala atitudes positivas, verificou-se um ligeiro aumento de 1.45% da sobrecarga total no grupo de controlo entre os dois momentos de avaliação.

No grupo experimental, verificou-se uma redução em todas as subescalas. O gráfico 5 ilustra essa comparação.

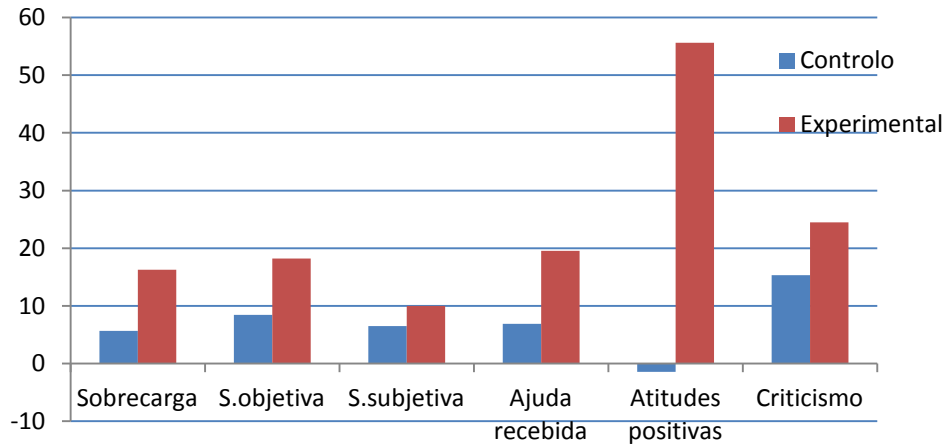


Gráfico 5. Comparação da percentagem de variação da sobrecarga entre o grupo experimental e o grupo de controlo

Neste contexto, podemos concluir que a percentagem de redução de sobrecarga fez-se sentir de forma mais intensa no grupo experimental do que no grupo de controlo, apesar de não podermos generalizar estes resultados e da análise inferencial indicar uma diferença de médias com pouco significado estatístico. O gráfico 6 ilustra o ganho em saúde na redução da sobrecarga, comparado entre o grupo experimental e o de controlo.

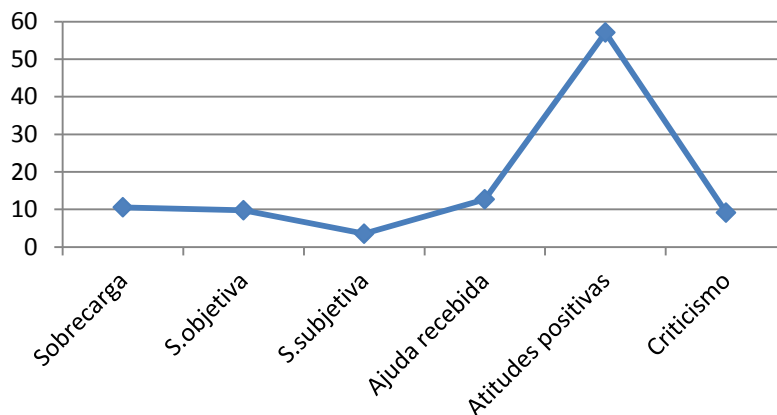


Gráfico 6. Percentagem de redução da sobrecarga total comparada

Pela observação do gráfico 6 podemos constatar que a aplicação das sessões psicoeducativas com as entrevistas de suporte emocional, estiveram associadas a uma melhoria em 57,19% nas atitudes positivas. A perceção de ajuda recebida foi a segunda dimensão com maior ganho percentual, nomeadamente, 12,68%. Em terceiro lugar ficou a sobrecarga objetiva, com um ganho de 9,77%, seguindo o criticismo com 9,14%. A sobrecarga subjetiva teve um incremento de apenas 3,52%.

Resultados do inquérito de satisfação

No fim do projeto aplicámos um inquérito de satisfação (anexo IV) aos participantes do grupo experimental, incluindo o utente, instrumento esse já utilizado pela equipa multidisciplinar do ETC, em dois grupos de psicoeducação. Obtivemos 7 respostas de cuidadores informais e 7 utentes. O inquérito tinha por finalidade colher a opinião sobre o desenvolvimento do projeto, nos últimos 3 meses, em relação ao seu nível de conhecimentos sobre doença, à adesão ao tratamento, à comunicação com o familiar, às estratégias para lidar com o familiar e ao stresse familiar. O gráfico 7 mostra que 71,4% dos respondentes percecionam ter melhorado o seu conhecimento face à doença.

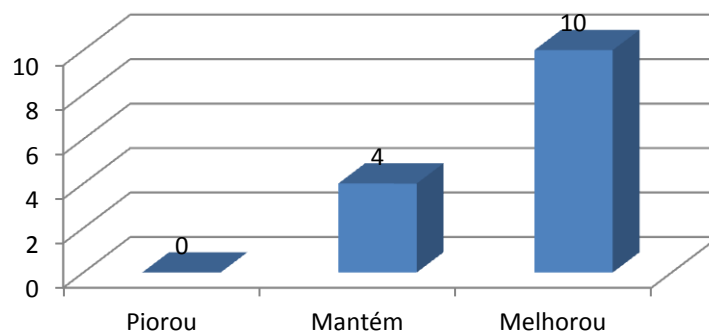


Gráfico 7. Conhecimento face à doença

O gráfico 8 mostra que 85,7% dos respondentes percecionam melhorias na adesão à terapêutica

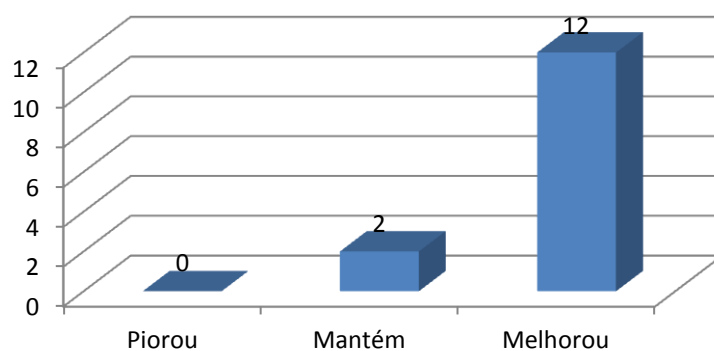


Gráfico 8. Adesão à terapêutica

O gráfico 9 mostra que 57,1% dos respondentes considera ter melhorado a comunicação com o familiar, mas 7,1% considera ter piorado.

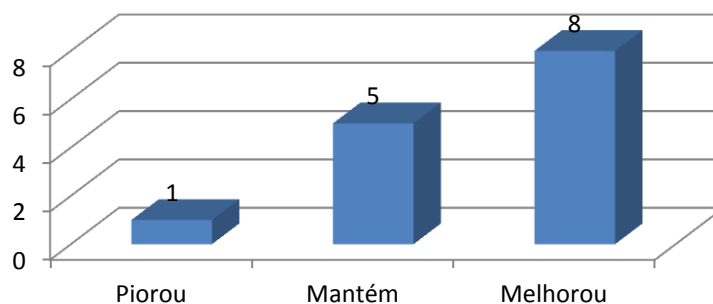


Gráfico 9. Comunicação com o familiar

O gráfico 10 mostra que 71,4% dos respondentes percecionam ter melhorado as estratégias para lidar com o familiar doente.

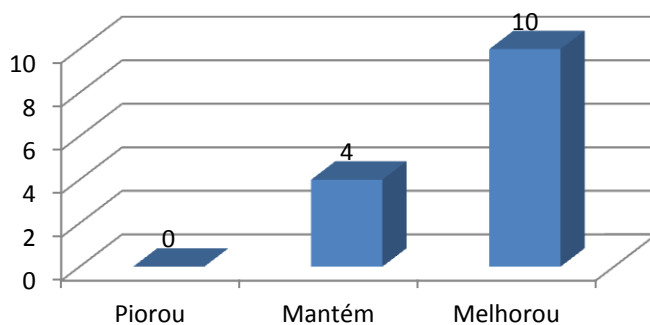


Gráfico 10. Estratégia para lidar com o familiar

O gráfico 11 mostra que 50% dos respondentes considera ter melhorado os seus níveis de sobrecarga de stresse familiar, enquanto 7,1% considera ter piorado. Quase metade, 42,8% considera ter mantido os seus níveis de sobrecarga de stresse.

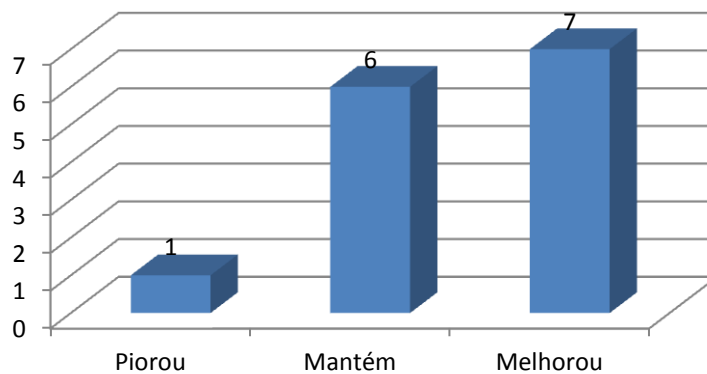


Gráfico 11. Sobrecarga stresse familiar

De um modo geral, a análise destes resultados indica que a maioria dos inquiridos acreditam ter melhorado o seu nível de conhecimentos face à doença, e ter progredido na adesão à terapêutica, bem como nos aspetos comunicacionais. Contudo, metade dos inquiridos afirma que os seus níveis de sobrecarga de stresse mantem-se ou agravaram, a outra metade acredita ter melhorado. Esta situação pode estar relacionada com o facto dos scores superiores a 2 pontos serem considerados moderados a elevados. Com efeito, no final do projeto o grupo experimental apresenta um score médio de sobrecarga de 2.06, que pode ser considerado um score moderado. Isto é, apesar da redução de sobrecarga os participantes ainda apresentam níveis consideráveis de stresse. Uma explicação para este facto, pode estar inerente à própria intervenção, que promove a ventilação de emoções recalcadas, traumáticas e, por ventura, percecionadas pelos próprios como negativas. Segundo Gonçalves-Pereira et al., (2007) a promoção do insight nem sempre produz a alteração comportamento indispensável a uma regulação eficaz do stresse. As entrevistas de suporte emocional associadas à psicoeducação tinham o propósito de ajudar os familiares a lidarem com essas emoções expressas. O número de sessões realizadas poderá ter sido insuficiente.

6.5 – Etapa de Divulgação de Resultados

Alguns elementos da equipe multidisciplinar percecionaram, de forma direta, toda a metodologia de projeto implementada bem como os resultados clínicos do mesmo, associados à intervenção psicoeducativa. Todavia, foi realizada uma sessão de divulgação dos resultados a outros elementos da equipa de enfermagem. Realizamos uma auto e hétero-análise para verificar a pertinência da metodologia de projeto e como investimento favorável na resolução de uma problemática existente, como a sobrecarga dos cuidadores informais da população do nosso estudo.

O resultado da intervenção psicoterapêutica e do inquérito de satisfação, realizada no ETC, foi divulgado no relatório final de atividades da CP, o que pressupõe uma informação geral para conhecimento de toda a equipa multidisciplinar dessa entidade psiquiátrica. Com os resultados positivos obtidos neste tipo de intervenção psicoeducativa na redução de sobrecarga dos cuidadores, pretendemos dar visibilidade e significância, justificando o investimento neste âmbito. A sua divulgação irá permitir que os cuidadores e utentes entendam os esforços dos profissionais e das instituições de saúde na procura de melhores cuidados assim como também proporcionar a outros profissionais e instituições trabalhos que sejam uma fonte de inspiração, baseados em conhecimentos científicos. Neste sentido elaborámos um artigo científico com a descrição dos principais resultados, que pretendemos submeter a revistas da especialidade. Acresce a nossa intenção de no futuro participar em eventos científicos no âmbito da saúde mental e psiquiatria, onde esta experiência poderá ser discutida numa lógica de comunicação livre.

6.6 – Questões Éticas

A recolha dos dados foi realizada após o parecer favorável do conselho de ética e da autorização do conselho de administração da Clínica Psiquiátrica sediada em Lisboa, ao pedido de realização do atual estudo, (apêndice V). Foi requerido autorização à Diretora do Serviço e aos participantes do ETC que realizaram os desenhos sobre a representação da doença psicótica para a sua aplicação no folheto informativo, (apêndice VI). Os participantes foram informados relativamente ao sigilo, anonimato e confidencialidade da

sua participação no estudo, podendo desistir em qualquer momento. Foi solicitado o consentimento informado, livre e esclarecido que se encontra em, (Apêndice VII).

6.7– Considerações finais do Projeto de Intervenção em Serviço

A realização deste projeto de intervenção foi possível graças ao esforço e envolvimento de toda a equipa multidisciplinar do ETC e da CP. As orientações recebidas dos profissionais de saúde, do enfermeiro e do professor orientador, foram o fio condutor para facilitar a sua integração e crescimento dentro do grupo de trabalho.

A metodologia de projeto foi um processo que possibilitou não só o desenvolvimento de competências como também a elaboração do diagnóstico de situação. Procuramos atender de forma clara e objetiva às necessidades dos cuidadores com o intuito de reduzir a sua sobrecarga nas múltiplas dimensões: objetiva, subjetiva, ajuda recebida, atitudes positivas e criticismo através de uma intervenção psicoeducativa multifamiliar e psicoterapia individual aos cuidadores.

Para Brito (2005, p.22) existe um consenso forte entre os vários autores sobre a eficácia e os elementos principais deste tipo de intervenção psicoeducativa em famílias de utentes com esquizofrenia. Para além de que é necessário esclarecer algumas questões referentes ao “ nível do funcionamento social das pessoas doentes, bem como sobre outros aspetos que se considera que interferem no processo de recuperação da pessoa com esquizofrenia, como sejam a perceção das pessoas doentes e dos seus familiares acerca da sua capacidade para lidar com a situação de doença e da sua qualidade de vida”.

Este projeto foi sofrendo ao logo do tempo, reajustes para melhorar a visibilidade da nossa intervenção na área psicoeducativa com cuidadores de pessoas com doença mental grave, suportado pela teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau e uma intervenção psicoterapêutica individual segundo o modelo de relação de ajuda de inspiração Rogeriana. A psicoeducação multifamiliar incluindo o utente, foi um projeto pioneiro neste serviço, uma vez que, até aqui só tinha sido realizado unicamente a famílias sem a inclusão do utente e associado a uma problemática específica como a adesão à terapêutica injetável *depôt*.

Para proporcionar alguma privacidade e conforto na sala onde realizamos as sessões, foi necessário colocar um biombo para afastar o olhar dos curiosos (utentes e

cuidadores que se dirigiam à consulta no ETC) que procuravam saber que ação estava a decorrer e se poderiam participar. Foi também fundamental a relação empática criada no primeiro contacto com cada uma destas pessoas que viriam a fazer parte da nossa intervenção, favorecendo a relação de confiança e de partilha de emoções no grupo de trabalho.

A falta de emprego e de ocupação dos utentes com esquizofrenia, obriga a que os cuidadores se mantenham em contacto com estes um grande número de horas. Pelo que a integração de ambos na vida social se torna por vezes difícil e penosa. Por um lado, o utente torna-se mais dependente do cuidador, limitando a sua autonomia e os objetivos de vida e naturalmente o processo reabilitativo em todas as suas dimensões. Por outro lado, surgem as influências do cuidador na qualidade de vida dos seus entes doentes e na consequente exacerbação de emoções expressas. Pelo que esta cientificamente comprovado pelos vários autores que, as intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas nos utentes e cuidadores têm representado um contributo complementar na redução da sobrecarga e na reinserção social dos mesmos.

Relativamente aos benefícios pessoais, o estudo desta temática permitiu-nos desenvolver competências a um nível mais profundo no que diz respeito às habilidades e conhecimentos junto dos utentes, famílias e grupos, na área de especialidade de saúde mental e psiquiatria e que são explorados na parte II deste relatório. Fomos percecionando o valor destas competências nos processos de transferência e contratransferência e definição dos limites terapêuticos na relação estabelecida com esta população, clarificando e gerindo sentimentos de angústia e de frustração. A confiança domina o risco do desconhecido que o cuidar exige. Obriga a cada um de nos pensar nas suas necessidades e nos seus enganos capacitando o seu crescimento (Neves & Pacheco, 2009).

Com uma redução no incremento global da sobrecarga na ordem dos 10%, pensamos ter justificado o investimento nesta metodologia de trabalho.

PARTE II – DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DO MESTRE DE ENFERMAGEM EM SAUDE MENTAL E PSIQUIATRIA

O projeto de aprendizagens clínicas, compreende uma autorreflexão das competências, facultando provas de aquisição e desenvolvimento das competências profissionais traçadas para o enfermeiro Especialista de Enfermagem em Saúde Mental e do Mestre de Enfermagem, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros.

1 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

Face a um referencial de competências do enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria, consideramos como competências, os conhecimentos capacidades, habilidades, comportamentos e atitudes que contribuem para um bom desempenho profissional.

Para o exercício profissional, os enfermeiros apetrecham-se de conhecimentos que abrangem todo o ciclo de vida das pessoas, estes devem comportar qualificações específicas de forma a desenvolverem atividades e estratégias para as aplicarem a nível da prevenção, manutenção, tratamento e reabilitação dos utentes, família e comunidade promovendo a autonomia e a sua independência.

As competências vão-se construindo ao longo da vida, segundo Machado (2000, p.22) “é necessário mobilizar qualidades pessoais, fontes documentais, experiências, conhecimento, saberes fazer, novas tecnologias de informação, etc.” Com o decorrer dos anos houve a necessidade de adquirir mais conhecimentos, com o intuito de nos apetrechar com mais saberes e assim melhorar a qualidade na prestação de cuidados. A competência do profissional está no saber combinatório. As ações competentes são o resultado disso (Boterf, 2003).

Na vida pessoal, académica e profissional, *competência*, é palavra comum do desempenho e atuação responsável, sendo uma capacidade inata ou adquirida. As competências estão aliadas aos conhecimentos teórico-práticos, saberes, qualidades, qualificações, comportamentos organizados de acordo com determinada finalidade e objetivo delineados.

Segundo Boterf (2003, p.60) “a competência é uma disposição e não um gesto elementar. Ser competente é saber coordenar e até mesmo saber improvisar”. Os conceitos de mobilidade, integração e transferência ganham expressão neste mecanismo de competências. Benner (2001) faseou as competências em níveis, que vão desde o *iniciado*, passando pelo *competente* e atingindo o nível máximo de *perito*. Estes níveis permitiram-nos perceber, que não só o número de anos de profissão nos confere competências. É igualmente importante a experiência, em conjunto com determinado número de conhecimentos e ações práticas. Desta forma a nossa atividade pessoal e profissional é norteadada pelo seguinte pensamento “Agir hoje, melhor que ontem”.

Competência 1- Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional

Conhecer-se a si próprio é o desejo que qualquer ser humano pretende alcançar, para se realizar enquanto pessoa e profissional, para que possa atingir a felicidade plena com autonomia e responsabilidade. Os caminhos percorridos para este processo são complexos e intrínsecos, uma vez que dependem quase em exclusivo do investimento de cada um, do seu caráter, da sua personalidade, dos obstáculos encontrados ao longo da sua vida e a forma como estes foram ultrapassados.

Nesta perspetiva Rispail (2002, p.2) diz que é a “ capacidade do ser humano tomar consciência da sua experiência, avaliá-la, verificá-la, corrigi-la, que exprime a sua tendência inerente ao desenvolvimento para a maturidade, ou seja, para a autonomia e responsabilidade”, este é um percurso de desenvolvimento pessoal.

A reflexão tornou-se numa estratégia de desenvolvimento pessoal que nos permite evoluir como ser humano e crescer como profissional. É a partir destes momentos de introspeção que se constroem os alicerces da pessoa que hoje somos. Entrando no nosso lado íntimo, pessoal e obscuro, adquiro uma maior consciência de dificuldades e falhas pessoais e profissionais, que nos coloca mais próximo do Outro, permitindo calçar os “seus sapatos” mesmo que em realidades tão distintas, aperfeiçoando a relação empática com estes.

Esta relação empática é definida por Rogers (1965) citado por Patterson & Eisenberg (1988, p.44) como “compreender a experiência do outro como se fosse a própria, sem jamais esquecer a condição (...) como se”. Estudos posteriores efetuados por (Carkhuff, 1969; Egan, 1982; Eisenberg & Delaney, 1977) evocado por Patterson & Eisenberg (1988) demonstram a existência de vários níveis de empatia dependendo da sua eficácia da abertura e disponibilidade do utente. Ainda segundo estes autores a empatia envolveria duas características principais, perceber e comunicar.

Da prática, utilizamos fundamentalmente a empatia primária que tem no seu intuito facilitar o início da relação de aconselhamento. No entanto à medida que o trabalho é aprofundado, é utilizado outro nível de empatia (avançada) de forma a ajudar o utente e famílias aprofundar temas e emoções inéditas até ao momento.

Patterson & Eisenberg (1988, p.45) descreveu o elemento percetual de empatia como “a compreensão dos constructos pessoais do cliente. Definiu constructos pessoais como o conjunto singular de elementos cognitivos que uma pessoa usa para processar informação, dar significado a factos da vida, ordenar o seu mundo, explicar relações de causa-efeito e tomar decisões. Os constructos pessoais estabelecem ordem e regularidade no mundo da pessoa e dão sentido á vida. Incluem opiniões sobre si mesmo e sobre os outros, suposições sobre como e porque os factos acontecem no mundo, e premissas logicas e morais particulares que guiam as ações da pessoa. Partindo-se dessa orientação a empatia pode ser vista como a compreensão dos constructos pessoais proeminentes dum individuo. Compreendendo desta forma estes constructos ou seja os alicerces fundamentais em que baseamos as nossas crenças e decisões o enfermeiro pode estabelecer esta ponte com maior êxito e segurança”.

A relação que estabelecemos com os outros é consequência do nosso constructo, do conhecimento, da nossa vontade de fazer os outros felizes, contribuindo com aquilo que consideramos saber fazer melhor, refletido e sentido, manifestando-se em cuidados.

A experiencia como cuidadores, pode aperfeiçoar a compreensão que temos, dos hábitos, das crenças, dos receios e incompatibilidades, consciencializamo-nos dos mecanismos de defesa e projeções com o intuito de alcançar autenticidade e um grau de confiança que permita aperfeiçoar a qualidade dos cuidados (Rispaill, 2002).

Os enfermeiros na sua prática diária deparam-se frequentemente com situações que exigem ações e decisões, tendo a necessidade de recorrer a formas de conhecimento que surgem do *insight* e da compreensão, uma vez que não se encontram respostas científicas para as mesmas (Waldow, 1998). Para Patterson & Eisenberg (1988) *insight* é a tomada de consciência que levará ao crescimento. Segundo estes mesmos autores nem todos os utentes terão ou necessitarão de ter o mesmo tipo de insight, cabendo ao cuidador fazer essa avaliação, distinguindo que tipo de *insight* poderá ser importante para aquele utente em especial. Este trabalho é realizado regularmente no grupo de trabalho no qual participamos, tendo sempre em consideração o momento da pessoa e as suas necessidades. Enquanto alguns utentes poderão necessitar de um *insight* focado nos seus problemas emocionais e a forma como se manifestam, outros poderão necessitar de ajuda para compreender convicções e perceções internas assim como poderão precisar de ajuda para compreender como as suas atitudes se refletem no outro (neste caso especifico a díade entre utente e familiares). Malan (1979) refere contudo a necessidade de um conjunto de

premissas fundamentais para a capacidade e motivação de *insight* no utente, sendo estas; a consciência de que os seus problemas são emocionais, a capacidade de falar sobre os seus afetos; capacidade de exprimir sentimentos; aptidão para aprofundar estas características; competência para alargar os seus horizontes mentais face às interpretações efetuadas. Tendo consciência que a capacidade de *insight* só poderá ser desenvolvida no utente mediante uma prévia elaboração dentro do cuidador Malan (1979), tenho-me empenhado na reflexão e no desenvolvimento das premissas anteriormente descritas.

O estigma e o preconceito da doença mental surgiram simultaneamente com a dificuldade de integração que os utentes mentais apresentaram ao longo da história da humanidade. As fantasias negras tecidas em volta da doença contribuíram para a sua marginalização excluindo-os aos próprios e à família de uma integração social. O sentimento de medo da loucura para a qual não encontram compreensão é uma problemática que a Federação Nacional das Associações de Famílias Pró-saúde Mental (FNAFSAM, 2004) procura colmatar com a “sensibilização e consciencialização da comunidade acerca da saúde e da doença mental.” (Basteiro et al., 2004, p.107).

As vivências pessoais e profissionais que experienciamos ao longo da vida, trouxeram-nos ao Aqui e Agora do nosso Ser. Nesse percurso as nossas viagens e as relações estabelecidas com os vários tipos de pessoas com diferentes culturas, permitem-nos olhar para o outro com respeito pelas suas crenças e valores pessoais, atendendo-o sem juízo de valores. As viagens e o prazer da leitura permitem-nos crescer para o mundo consciencializando-nos da diversidade de credos, etnias e culturas. Estas aptidões possibilitam no trabalho ter uma visão mais ampla e despretensiosa no atendimento e nos cuidados prestados aos utentes, assim como, contactar com diversas realidades sociais e culturais ao longo do nosso trajeto ajudando-nos a integrar o ser humano como um todo e aceitando as suas idiossincrasias.

Não poderemos descurar no entanto, dois dos mecanismos psíquicos mais habituais nestes processos de ajuda, e sobre os quais deveremos estar especialmente atentos; a transferência e a contratransferência. Numa visão mais conservadora de Freud citado por Gillieron (1998) a transferência é vista como “a maioria dos sentimentos (positivos ou negativos) que o paciente nutre pelo seu psicanalista resulta de uma transferência para a pessoa do terapeuta, de emoções passadas relacionadas com os pais como objeto”. Desta forma, deveremos ter em consideração que numa relação de ajuda os comportamentos mais sedutores ou agressivos nem sempre nos são dirigidos

concretamente, mas são antes um reflexo de vivências e emoções experienciados anteriormente com os seus modelos relacionais. Segundo Malan (1979) um dos aspetos fundamentais de um cuidador seria precisamente a capacidade de identificação deste fenómeno no Aqui e Agora. O que nem sempre está facilitado pelas contingências pessoais e do próprio meio, uma vez que esta aptidão requer um grande treino e distanciamento das suas próprias dificuldades e desejo.

A contratransferência poderá ser despoletada pelos mecanismos inconscientes do próprio cuidador ou em resposta à transferência do utente. Este fenómeno dificulta, quando não põe em causa todo o trabalho de ajuda pré-existente. Segundo Eizirik, Aguiar, & Shestatsik (2007) a contratransferência dá-se por dois motivos distintos, ou o cuidador faz em espelho uma identificação demasiada próxima e inconsciente dos comportamentos do utente, ou a empatia que os liga e na qual se baseia *o insight* despoleta estes sentimentos de contratransferência. Eizirik et al., (2007) referem como sinais clássicos de contratransferência no cuidador; sentir-se dependente do afeto e aprovação do utente, a sensação de onnipotência e onisciência, a necessidade de transformar o utente mediante os seus próprios constructos, a demonstração de poder e competição com o utente, a sensação de aborrecimento, desatenção e com alterações da vigília.

Procuramos atender de forma única e refletida as suas ações para com o outro, tentando não o defraudar procurando todas as alternativas possíveis de forma a satisfazer as suas necessidades e a melhorar a sua qualidade de vida. O exercício de funções num hospital psiquiátrico, marco fundamental na nossa formação, criara expectativas inevitáveis, sobre o seu desempenho e a realidade atual. Estes nossos receios foram de alguma forma minorados na relação diária, não só com os utentes como com os seus familiares.

Consideramos assim, tal como Hildegard Peplau (1990) citado por Tomey & Alligood (2004) que o foco da enfermagem está centrado no enfermeiro e no utente. Esta autora procurou reconhecer os conceitos e os princípios de enfermagem que promovem o sustentáculo das relações interpessoais em contexto de trabalho, para que os níveis de cuidado passassem a ser considerados para além de um desenvolvimento pessoal uma experiência de aprendizagem. Debateu-se e empenhou-se para que as enfermeiras possuissem mais oportunidades de formação, com a ideia de fazer emergir o verdadeiro cuidado terapêutico com os doentes, não deixando que vigorasse o papel de enfermeiras guardiãs existentes na época nos hospitais psiquiátricos.

A formação contínua e a formação em serviço, é uma mais-valia no quotidiano do enfermeiro, as aprendizagens são importantes não só para quem as abraça mas também para os que fazem uso dela em prol de uma vida mais digna. Os conhecimentos representam o nosso crescimento e a nossa bagagem, revelando mais valor e sentido, tanto quanto maior for a oferta ou a diversidade dirigida aos outros, no intuito de prestar cuidados especializados, nomeadamente nas pessoas e famílias que vivenciam os problemas de saúde mental. O desenvolvimento da competência na área da prestação de cuidados de saúde mental visa promover o bem-estar “da” e “com” a pessoa/família e apoiar a adaptação aos processos de saúde/doença.

Torna-se perentório, aplicar a qualidade necessária na prestação de cuidados, discutindo e questionando as práticas, sob supervisão de forma a promover cuidados de excelência, já que “ a formação não produz competências, produz aquisição de informação, de capacidades, de conhecimentos que, posteriormente se transformarão em competências. Se desejar pôr em marcha um processo de produção de competências, é necessário conseguir controlar a qualidade das ações posteriores à formação propriamente dita, é necessário que confirmemos as competências.” (Hesbeen, 2001, p.73).

A capacidade de escuta é uma das aptidões que o enfermeiro tem de maior valor na relação que estabelece com o outro, mas também consigo próprio. Consideramos que esta atitude passa muito por uma consciencialização interna, sendo apenas possível transmitir ou estabelecer essa segurança quando nós próprios a sentimos, sendo difícil mascara-la quando estamos em relação com pessoas sensíveis ou fragilizadas.

Um dos aspetos a ter em atenção prende-se com a ténue linha que separa a mente sã de uma mente em desequilíbrio, uma vez que esta é uma linha tão frágil que não será difícil transpô-la. Esta perceção de proximidade da patologia, mantém-nos em alerta, resguardando-nos da emissão de juízos de valor sob uma realidade que rapidamente poderá ser a nossa. O enfermeiro pode tomar consciência do tempo e das estratégias que deve adotar para lidar com as situações. O imaginário é algo que frequentemente surge no pensamento de cada um, o problema está, quando tal passa a fronteira e domina o pensamento da pessoa tornando-o patológico.

Nos utentes com discurso psicótico à que ter em consideração a postura, as manifestações exteriores como os movimentos do corpo e expressões faciais, utilizando uma comunicação assertiva de forma a não assustá-lo ou a provocar-lhe uma reação violenta. É fundamental que os enfermeiros tenham conhecimentos específicos nesta

matéria, transmitindo e apetrechando as famílias com conhecimentos da doença psicótica e dos vários tipos de comunicação verbal e não-verbal, de forma a melhorar a resolução de problemas, nomeadamente na gestão do stress diário e nas eventuais crises pessoais e/ou familiares. Convertendo-se de acordo com Gonçalves-Pereira et al (2007) num dos grandes objetivos da intervenção familiar.

Atendendo às características específicas desta população, o conceito de limite, ganha uma especial importância em todos os indivíduos, este conceito é fundamental para um crescimento e relacionamento saudável, no entanto no trabalho com indivíduos com um self tão frágil, este conceito de limite atinge uma importância fundamental, “o limite visto como a metáfora de um domínio que não deve ser invadido” (Faria, 2007, p.22).

Finalizando esta nossa reflexão sobre as nossas expectativas iniciais em relação à profissão, não sendo tão perfeitos como desejaríamos esforçamo-nos diariamente para atingir um nível suficientemente bom inspirado no paradigma da mãe suficiente boa de Winnicott (1999). Este conceito assenta na não idealização da função e subsequente dependência que esta gere, não dando espaço ao outro para que ele desenvolva autonomamente e cresça de uma forma saudável e não simbiótica.

Competência 2 - Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupo e comunidade na otimização da saúde mental

A otimização da saúde mental efetuada pela equipa de saúde ocorre em qualquer momento ao longo do ciclo de vida da pessoa, quando existe uma proximidade e comunicação dual centrada na unidade familiar em que se procura promover os processos de vida. Os estágios realizados no internamento (CP) e na comunidade (ETC) proporcionaram o desenvolvimento desta competência, na medida em que ao procurarmos conhecer o historial de vida dos utentes, dos seus familiares, assim como o ambiente em que este ciclo de vida se desenvolve, foi-nos possível atuar em conformidade com as necessidades encontradas, realizando diagnósticos de enfermagem e promovendo estilos de vida saudáveis.

A partilha e a troca de informação, promovida nas reuniões de equipa de enfermagem e multidisciplinar foram orientadas para o estabelecimento de estratégias de

forma a colmatar as suas necessidades, dando cumprimento aos diagnósticos de enfermagem levantados nos registos CIPE/SAPE B2®.

A introdução de estilos de vida saudáveis, a nível individual ou nos grupos foram efetuados com o utente e/ou cuidador informal, tendo presente que estes teriam de perceber as suas necessidades de mudança e encontrarem a motivação para o fazerem, tal como indica Hesbeen (1997, p.42) “ Dizer a alguém que fumar é mau para a saúde muitas vezes não tem sentido para a pessoa, porque fumar dá-lhe prazer e talvez a ajude a viver e a enfrentar as dificuldades ou angústia da sua vida (...) convém ser muito prudente e não ditar o que é ou deveria ser a sua própria saúde”.

A motivação e as aptidões para resolver problemas de confronto e de complicações nas relações interpessoais, no tratamento de dependências efetivas poderão ser abordadas no aconselhamento e em terapias comportamentais, (OMS, 2001). Motivação é o que leva a pessoa a fazer algo, atua na procura da mudança que lhe proporcione comportamentos de saúde e bem-estar. Com os conhecimentos adquiridos na adoção de comportamentos de risco no seu modo de vida, as pessoas percecionam a sua vulnerabilidade e em consequência a necessidade de mudança. Sendo determinante a sua capacidade em ultrapassar as resistências provocadas pela ansiedade. A equipa de saúde nomeadamente o enfermeiro poderá ter aqui, um papel facilitador e influenciador no processo motivacional.

Durante o estágio clínico, foi possível fazer o despiste de indicadores de mal-estar ou sofrimento psicológico (ansiedade, angustia, depressão, isolamento) atendendo aos diagnósticos de enfermagem. Os comportamentos mais referenciados pela família na altura do internamento, nos utentes com surto psicótico, são o isolamento, a exigência de dinheiro para comprar o tabaco, ansiedade, o mau feitio ou caráter, maus resultados escolares, a dificuldade em manter o emprego, as depressões, as manias de grandeza e os delírios de perseguição. Nessa altura, é importante alertar a rede de suporte familiar ou o cuidador informal para a necessidade de desenvolver e interiorizar conhecimentos sobre a doença, para que este possa mobilizar as competências adequadas a cada situação.

Com a intervenção de psicoeducação utilizada nos grupos multifamiliares, com e sem a presença do utente que frequentam o espaço terapêutico comunitário, comprovamos a falta de oportunidade de partilha e a necessidade dos cuidadores em exteriorizar as suas emoções.

Frases como; “Agora percebemos que existem outras famílias com problemas semelhantes; Já não estamos tão sozinhos ou isolados, temos com quem falar dos nossos problemas, sem ter que ouvir que os nossos filhos são uns calões ou drogados; Sinto-me mais próxima dele e apoiada pela equipa multidisciplinar, afinal estamos a falar de um problema que todos temos em comum”. Este género de comentários, torna deveras perceptível o tipo de apoio de intervenção familiar necessário que estas famílias precisam para aliviarem a sua sobrecarga física e emocional.

Aludindo a um sentimento expresso por um familiar, quando nos diz que ser pobre e ter sob à sua responsabilidade uma pessoa com doença mental, é uma carga demasiada dura e pesada. A OMS (2001, p.13) faz referência a Patel (2001) na existência de “uma relação complexa e multidimensional entre pobreza e saúde mental (...) Os pobres e os desfavorecidos acusam uma prevalência maior de transtornos mentais e comportamentais, inclusive transtornos do uso de substâncias”. Consideram que a causa mais forte residiria nos transtornos de ansiedade e depressão enquanto o princípio do salto na pobreza existiria mais nas situações de transtornos psicóticos e na utilização de substâncias entre os mais desfavorecidos.

Perante estas circunstâncias o enfermeiro visando estabelecer uma relação de confiança e um ambiente seguro, procura utilizar uma linguagem acessível e assertiva, encarando a situação com serenidade, escutando ativamente, não atribuindo responsabilidades. Apoiando e fomentando estratégias para a resolução dos problemas, focando assim a atenção, sempre na pessoa.

Entre uma lágrima e um soluço, observa-se um semblante carregado de uma vida cheia, que se pensava ser perfeita, até que um dia se descobre que o filho/a, pai, mãe ou outras pessoas próximos à família não trazem um bonito rótulo, mas sim uma doença com um presente e futuro cheio de um trabalho árduo e de incógnitas.

A aplicação de uma intervenção psicoeducativa pretende esclarecer a doença e ensinar a reconhecer os sinais de aviso que antecedem os sinais de recidiva, o papel desempenhado pela medicação, o treino de aptidões sociais, a expressão das emoções, o aconselhamento sobre os problemas de comunicação ou de alterações de comportamento. Os cuidadores e os utentes percecionam este projeto como algo significativo e útil para a compreensão das suas vidas (Praskoa et al, 2010). Com esta técnica interventiva, procurou-se empoderar os seus intervenientes com conhecimentos que lhes de segurança e autonomia para a tomada de decisão.

As entrevistas realizadas no internamento, tiveram a finalidade de obter dados para elaborar a anamnese do utente, procurando a origem dos problemas que pudessem ter desencadeado a sua crise, conhecer o desenvolvimento da doença, internamentos, recaídas, perceber até que ponto o utente tem consciência da sua patologia, da necessidade de internamento para repor a sua estabilidade mental ou refletir sobre os acontecimentos. Procuramos valorizar os efeitos que a medicação tem na sua recuperação e manutenção para uma vida adaptada ao processo de saúde/doença.

Na entrevista da consulta pós alta, realizada no ETC pretendíamos aferir a adaptação da pessoa ao meio, avaliação das mudanças em casa, aproximação da família, verificando o decorrer de todo o processo das atividades de vida diárias, a existência de dificuldades, verificando o cumprimento do esquema da medicação, avaliando no momento se está a proceder corretamente, horários, doses, efeitos secundários e os benefícios do medicamento, fazendo-se os respetivos acertos. Observa-se o comportamento, procura-se pelo dia da próxima consulta médica e dia de administração da medicação *depôt* se for o caso. Reforça-se o apoio à pessoa e à família nesta nova etapa, disponibilizando-nos para o esclarecimento de qualquer tipo de dúvidas que possam surgir.

Consideramos ter fomentado ao longo da carreira uma sensibilidade e destreza que nos permitiram resolver situações de crise, desenvolvendo nos intervenientes mecanismos facilitadores para a promoção de auto estima. Realizamos visitas domiciliárias com o intuito de averiguar se os utentes mantinham o comprimento terapêutico, idas às consultas, integridade física e emocional, se as atividades de vida estavam a ser efetuadas autonomamente. Aferimos a possibilidade de dificuldades monetárias para manterem as necessidades básicas de vida e se teriam condições para se deslocarem ao centro terapêutico comunitário ou ao centro de saúde para darem continuidade ao processo terapêutico.

Competência 3 - Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto

O problema identificado e trabalhado em contexto de estágio permitiu colmatar necessidades específicas de familiares e utentes integrando um grupo de uma comunidade

e com familiares de utentes com o diagnóstico de esquizofrenia em situação de 1º internamento, na área de saúde mental.

Com a realização do diagnóstico de situação e constatados os elevados níveis de sobrecarga dos CI de pessoas com esquizofrenia, através da aplicação do questionário de sobrecarga familiar de Xavier et al., (2002), fomos à procura de trabalhos científicos que aludissem a esta temática, tais como: Xavier et al (2002), os autores descrevem neste trabalho o desenvolvimento da versão portuguesa do “Family Problem Questionnaire-FPQ”; Santos (2006), fez uma “Avaliação sociodemográfica e níveis de saúde física e mental de cuidadores de um programa de atendimento domiciliário”; Cardoso & Galera (2008) “Egressos de intervenção psiquiátrica - um olhar sobre o paciente e seu familiar cuidador”; Dias (2011), realizou um estudo sobre “Sobrecarga vivenciada por familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos e sua relação com a depressão”. Deste modo, foi elaborado um plano de cuidados assente em duas linhas de intervenção complementares: a **psicoeducação** em grupos multifamiliares incluindo o utente; e a intervenção psicoterapêutica individual segundo o modelo da **relação de ajuda** de inspiração rogeriana. Tomámos como referência os trabalhos de: Brito (2005) “Intervenções Psicoeducativas para Familiares de Pessoas com Esquizofrenia”; Gonçalves-Pereira et al., (2006) “Intervenções Familiares na Esquizofrenia – Dos Aspetos Teóricos à situação em Portugal”; Leal et al (2008) “Valoracion de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes com esquizofrenia antes e después de un programa psicoeducativo”; Santos (2011) “Avaliação das Necessidades Educacionais dos Cuidadores de Pessoas com Esquizofrenia”.

Ao grupo multifamiliar integrando o utente, foram realizadas 3 sessões de psicoeducação. Na primeira sessão abordou-se a psicoeducação face à doença, na segunda sessão a adesão à terapêutica e por último a sessão de exteriorização das emoções, que envolveu para além dos cuidadores e utentes da nossa amostra, outros familiares próximos de um dos utentes, motivados para prestar apoio ao pai pela morte recente da esposa. Estes momentos foram assinalados com aspetos positivos e enriquecedores na partilha de experiências, pela postura civilizada que cada um manteve em cada encontro, participativos, sem se interpelarem ou criticarem as interpretações de cada um. Estas sessões foram pautadas pela interatividade e tiveram o suporte de diapositivos à exceção da última, na expressão de emoções.

Os familiares e utentes proferiram palavras de alento e de motivação para os que tinham descoberto a doença recentemente e para os quais tinham dificuldade em aceitar os efeitos secundários da medicação.

Entendemos que o estigma referido quer pelos familiares ou utentes surge na maior parte das vezes e está relacionada com os movimentos involuntários dos membros ou face, tremores, sialorreia e com a astenia. Do observado, verifica-se que aceitam melhor os que já lidam com a doença há mais anos. A grande maioria dos familiares e utentes pensava que a doença teria cura e que a medicação não seria para toda a vida. Insiste-se na manutenção do tratamento como uma questão de sobrevivência comparando-a com outras doenças crónicas como a hipertensão ou diabetes, reforçando a necessidade do tratamentos ser ajustado de acordo com as particularidades de cada um, sempre aferido com o médico e a enfermeira.

Após a exposição dos sinais de recaída durante as sessões de psicoeducação, a família consegue identificá-los em algumas situações passadas que levaram aos reinternamentos. Concordaram que a dificuldade de recuperação após cada crise é mais demorada e complicada. As fases depressivas são também frequentes pelo que foi pedido supervisão, apoio e compreensão nestes momentos para evitar situações de risco de maior gravidade, como o suicídio.

Salienta-se o papel da família como o grande pilar na recuperação e manutenção dos seus membros, na importância de manterem a calma em circunstâncias de maior agressividade, como lidar em situação de crise e transporte para o hospital. Foi entregue as famílias um folheto informativo dos recursos existentes na comunidade e de como lidar com a situação de crise, que vieram complementar os esclarecimentos efetuados nas sessões.

A sensibilidade profissional constitui-se numa ferramenta poderosa na área de enfermagem permitindo uma maior abrangência percetiva facilitando o processo de relação com o outro. Para Rangel (2004, p.362), “sensibilidade não pode estar dissociada da cognição e das ações técnicas e científicas (...) envolve o processo de conhecer no sentido que contemple o pensar, o fazer, o agir e o sentir”.

Pelo que, numa interação dual, o enfermeiro deve prestar cuidados “com” e não “à” pessoa conduzida por princípios éticos e morais, não impondo ou julgando o outro. Podendo deste modo, potencializar ativamente a sua capacidade de intervenção terapêutica, consagrada na Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes (2011).

Competência 4 - *Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.*

A clínica psiquiátrica onde efetuamos o nosso estágio, desenvolve um trabalho comunitário de exceção no ETC, permitindo aos utentes e familiares terem um espaço privilegiado de ajuda e acompanhamento por uma equipa multidisciplinar.

Este grupo tem como objetivo trabalhar os aspetos individuais e de grupo de pessoas com doença psicótica promovendo a sua reintegração social. Prepará-los e adaptá-los para a vida exterior, muni-los de ferramentas com a finalidade evitar recaídas e reinternamentos e tanto mais eficazes quanto mais próximos estiverem da comunidade.

Os dois primeiros grupos a serem trabalhados com programas de Psicoeducação foram familiares de utentes que frequentaram o ETC e o terceiro, um grupo de famílias incluindo o utente a fazer medicação *depôt* neste espaço. As mais-valias no que concerne a estas famílias foram o colmatar das necessidades identificadas no diagnóstico de situação. A psicoeducação tornou-se na intervenção mais adequada para maximizar as qualidades dos Cuidadores e minimizar os níveis de sobrecarga objetiva, subjetiva, criticismo, atitudes positivas e ajuda recebida. Capacitar os utentes e famílias com informação relativas ao conhecimento sobre a patologia e tratamento, reconhecer os sinais de recaída, lidar com a situação de crise, reconhecer os recursos existentes na comunidade, partilhar valores e sentimentos, verbalizar as preocupações com o futuro. Este tipo de intervenção deverá andar alicerçado ao tratamento farmacológico, proclamado e defendido pelos vários autores (Gonçalves-Pereira et al., 2006).

Os grupos de apoio pretendem ser grupos de crescimento e mudança, com base na partilha, interação e interajuda de pessoas com problemáticas e vivências de vida semelhantes, que em conjunto descobrem estratégias adequadas que proporcionem o seu bem-estar psicológico e que melhorem a sua qualidade de vida. O encontro das pessoas, em grupo, pretende acentuar o seu crescimento pessoal, desenvolvimento e aperfeiçoamento das suas capacidades de comunicação e relações interpessoais, através de um processo experiencial. Segundo Guanaes e Japur (2001) os grupos de apoio tem como prepósito, o encontro entre pessoas com problemas similares, determinados a partilhar as suas experiências, capacitando-se de conhecimentos desenvolvidos de um sistema de

suporte e coesão, tem a função de auxiliar as pessoas a lidarem com as situações de stresse, motivadas por situações de crise vulgares, fases de transição de vida e os períodos de dificuldade financeira. Os mesmos autores (2001), fazem referência aos aspetos positivos mencionados por pessoas que frequentam os grupos de apoio, tais como: o aumento da auto-confiança, do conhecimento das problemáticas discutidas em grupo, capacidade de resolução das situações de vida, os recursos sociais, o alívio emocional, diminuição da ambiguidade, do desespero e do medo.

Durante as atividades que se foram desenvolvendo ao longo do estágio, foi interessante e revelador verificar o comportamento dos utentes nas várias situações que lhes eram oferecidas para desenvolver a parte psicossocial.

A presença de mais uma enfermeira no ETC desencadeou uma onda de curiosidade, se para uns foi de satisfação para outros terá sido de desconfiança. Para a enfermeira, este foi o ponto partida para a integração que necessitaria para estabelecer uma relação terapêutica. Estes momentos foram importantes para desenvolver alicerces e criar estratégias para a reintegração social e prevenir recaídas e reinternamentos.

No ETC procuramos em colaboração com a terapeuta ocupacional desenvolver atividades educativas, pedagógicas e ocupacionais de forma a estabelecer um elo de ligação entre o Tratamento e a Reinserção Social. O nosso papel consistiu em escutar, colaborar, educar, capacitar, encorajar e motivar o utente para que este consiga adaptar-se à sua vida, reabilitando-o.

O utente estará pronto para se reintegrar socialmente quando tiver a confiança necessária para realizar mudanças significativas na sua vida e no meio em que esta inserido. Este trabalho advém de um processo de aconselhamento que se inicia habitualmente com sentimentos de apreensão por parte do utente, ansiedade, desordem, inquietação e falta de segurança em si próprio que se atenuariam após determinar as suas causas e mediante objetivos que podem incluir, segundo Patterson & Eisenberg (1988, p.101) o “desenvolvimento de perspetivas mais claras e mais enaltecedoras sobre o próprio eu, os outros e o ambiente; redução das emoções desagradáveis, como a ansiedade, tristeza, raiva e falta de confiança em si; aquisição de novos comportamentos interpessoais e habilidades para lidar com a tensão (...) e construção de planos de ação para o seu futuro pessoal”. É neste momento do processo, que a pessoa tem mais conhecimento sobre si mesmo, desenvolvendo uma maturidade e autoconfiança que lhe irão permitir observar e entender as suas “coisas” com maior clareza e capacidade.

É através da relação terapêutica estabelecida com o utente, que é feito o levantamento das necessidades de integração social e laboral sendo as atividades posteriormente selecionadas e estruturas de forma a promover a sua funcionalidade e uma qualidade de vida mais saudável. O crescimento humano é marcado e formado pelas várias experiências vividas em grupo, pelo que a pessoa face a esses acontecimentos desenvolve a sua identidade pessoal, social e aprende comportamentos e atitudes. Deste modo, o papel que cada um representa e a experiência que adquirem permite-lhes uma relação de suporte e confiança em grupo. A reabilitação de utentes mentais com o diagnóstico de esquizofrenia tem nas intervenções em grupo o seu foco de atenção.

“É o relacionamento que cura” defende Yalom (1989, p.101), partindo dessa premissa, o processo psicoterapêutico prestado a este grupo, centrou-se na relação, na qualidade do envolvimento, entendendo o Outro sem julgamentos.

As correntes que se inspiram numa visão existencialista e humanista (como abordagem centrada na pessoa, terapia de consciência psi corporal, teoria da gestalt) e a psicanálise colocam o foco da terapia na relação entre o profissional e o utente (Chalifour, 2009).

Atendendo à profissão o processo psicoterapêutico possível, centra-se então nesta relação. A Relação de Ajuda é definida por Chalifour (2008, p.33) como “uma interação particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada um contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda”. O que pressupõe a existência de uma competência profissional e de empenho por parte do enfermeiro, em que a prática do cuidar se foca na relação de ajuda. Para tal o enfermeiro para além de ter consciência de si próprio deve ser detentor de múltiplos conhecimentos com o objetivo de distinguir o que esta relação lhe provoca e de que forma as suas particularidades individuais influem a qualidade da relação e o uso com fins terapêuticos, que poderá fazer de si próprio (Chalifour, 2008).

É nesta perspetiva que Phaneuf (2005) certifica que a enfermeira toma consciência da sua autonomia na profissão, quando perceciona não só a sua identidade como a da própria enfermagem recorrente de uma introdução alargada nos cuidados da relação de ajuda. Esta relação tem objetivos definidos na medida em que beneficia o desenvolvimento de um clima de compreensão e apoio indispensável à necessidade da pessoa. A autonomia poderá ser conseguida através da mudança e crescimento pessoal percecionada pela pessoa quando compreender e aceitar melhor a sua situação.

A relação de ajuda possibilita que o utente e família tenham um papel ativo no processo terapêutico, reconhece que ambos necessitam de agir e interagir no seu meio carecendo de apoio para estruturar os meios, que o levarão a tomar consciência de si e a recrutar recursos pessoais que lhe possibilitem lidar com as suas dificuldades.

A psicoeducação foi a intervenção terapêutica que adotamos para responder as necessidades dos cuidadores informais de pessoas com esquizofrenia, pelas evidências científicas de que contribuem para a redução significativa das taxas de recaída, para os resultados desejados na reabilitação dos utentes e no consequente aumento do bem-estar familiar (Brito, 2005; Pereira et al., 2006; Leal et al, 2008). No entanto Brito (2005) vai mais longe, quando refere que os enfermeiros são dos profissionais de saúde que estão mais capacitados para a prática deste tipo de intervenção. Um dos objetivos desta intervenção passou por transmitir a informação sobre a doença e outros moldes de tratamento, de forma natural, objetiva e ajustada. E por outro lado, reduzir os problemas associados à doença, as dificuldades de comunicação e de redução na sobrecarga diária.

As três sessões de psicoeducação, realizadas no ETC, foram estruturadas de forma a criar uma rotina no tratamento e tiveram como propósito familiarizar os utentes e cuidadores para a natureza da doença, ensinar a reconhecer os sinais de alerta e sintomas de recaída, a importância de manter estilos de vida saudáveis, o papel e algumas bases da farmacoterapia, os efeitos pretendidos e secundários da medicação, a função do cuidador na supervisão da adesão ao tratamento. Aconselhamos também para as situações estereotipadas, tensas e desadequadas na comunicação no seio familiar, treino de habilidades sociais e por último a expressão das emoções da família.

A realização do folheto para cuidadores de pessoas com doença psicótica surge da necessidade de colmatar uma falha identificada no diagnóstico de situação, relativamente ao conhecimento dos recursos existentes e disponíveis na comunidade e como lidar nas situações de crise, pequenas indicações que pretenderam complementar os conhecimentos transmitidos durante as sessões de psicoeducação.

Os desenhos impressos no folheto, foram elaborados pelos utentes que frequentam o ETC, a um pedido nosso em que representassem a pessoa com doença psicótica, de 14 desenhos apenas podemos escolher 3 pelas dimensões do folheto. Esta atividade foi representada por uma miscelânea de sentimentos partilhados entre todos, cada um representando à sua maneira como vê e sente a doença. Fomos descortinando as emoções e sentimentos, observando a estrutura e organização do pensamento. Os três

utentes que foram selecionados exibiram uma elevada autoestima e autoconfiança após terem dado o seu consentimento escrito para a divulgação dos desenhos, referindo que não se importariam que divulgássemos o seu nome (situação que naturalmente por uma questão de ética, não foi realizada).

A atividades de vida diária nestes utentes com doença psicótica está muitas vezes comprometida, pelo que houve necessidade de treinar e realizar ensinamentos individuais procurando estratégias com intuito de estruturar as atividades relacionadas com a apresentação pessoal, higiene, alimentação e o repouso. Pretende-se a manutenção destas atividades, a valorização do auto conceito, autoestima, identidade pessoal e motivá-los para um maior controlo sobre fatores determinantes da sua saúde para que obtenham melhor qualidade de vida. Estas competências foram desenvolvidas pelo enfermeiro, contando igualmente com o apoio da equipa multidisciplinar.

Em concordância com Toledo, (2004), está Sales, Pinto, Caldas & Jorge (2009) quando faz referência aos pressupostos da teoria de relações interpessoais de Peplau, no estabelecimento da relação terapêutica, sendo estes pressupostos aplicados e utilizados diariamente na prática de cuidados de enfermagem em consonância com os membros de outras especialidades. O que pressupõe a participação e elaboração ativa e contínua num plano de cuidados com a equipa interdisciplinar e com o utente, em prol das necessidades e de aprendizagem encontradas a cada momento em direção à reabilitação psicossocial.

“É através da educação, da ênfase nas capacidades pessoais de cada indivíduo em superar as crises, do estabelecimento de metas a serem conquistadas a cada dia, que a enfermagem conseguirá junto com o paciente a sua reabilitação psicossocial” (Sales et al., 2009).

As atividades surgiram sob a forma; exercício físico com movimentos de aquecimento, relaxamento e alongamentos corporais adaptados às condições físicas; massagem corporal; consciencialização da doença; passeios de lazer, passeio junto ao rio Tejo; os passeios de utentes internados foram realizados no espaço circundante à clínica, atividades aquáticas; desenho; música; dança e jogos.

As atividades realizadas no exterior nomeadamente, laser e cultura, tem como objetivo proporcionarem um contato com a comunidade e outros eventos diários, estimulando a autonomia, iniciativa e o pragmatismo. De forma a percecionarem as dificuldades e os conflitos que possam emergir durante o processo da atividade proposta (no antes, durante e após).

Gomes (2011) citando Faulkner & Bidlle (1999), faz referência a um estudo pioneiro nesta área de interesse evidenciando a influência da atividade física no bem-estar mental, verificando uma atuação na melhoria dos sintomas negativos, nas pessoas com esquizofrenia e um apoio para encarar os sintomas positivos. Foi também documentado a prática do exercício físico na diminuição da prevalência das taxas de morbilidades e mortalidade nestes utentes, *idem* (1999).

A revisão da literatura permite-nos comprovar o contributo do exercício físico na manutenção e reabilitação da saúde mental, salvaguardando a importância deste nos aspetos parcelares da reabilitação psicossocial, uma vez que, o desenvolvimento da capacidade cognitiva, motora e afetivo-social, a auto estima, o perfil lipídico e redução do isolamento social é promovido pela atividade física, (Silva et al., 2010; Gomes, 2011).

Face ao exposto, foi fundamental a criação de uma atitude estratégica para reabilitar os utentes psicossocialmente, proporcionando uma série de exercícios de grupo, que permitissem promover potencialidades que não tenham sido afetadas pela doença e recuperar habilidades outrora presentes.

A discussão de temas nacionais e internacionais foram atividades desenvolvidas na CP e no ETC, com a intenção de promover a interação, comunicação e a capacidade de escuta entre os elementos do grupo, estimular a memória e concentração, promover a aquisição de saberes, do conhecimento geral. Desenvolver mecanismos para diminuir a deterioração e exclusão social provocados pelo desinteresse e apatia. Desencorajar as ideias delirantes.

Os jogos interativos praticados no internamento com duração de 60 minutos permitiram promover aprendizagens, troca de conhecimentos, cálculos, memória, concentração e utilização de capacidades remanescentes.

Deste modo, ao proporcionar um vasto treino de aptidões sociais pretende-se fomentar a autonomia e o desenvolvimento das várias potencialidades dos utentes.

Para a avaliação dos resultados destas atividades, foi feita uma observação direta dos comportamentos e nalgumas aptidões foi requerido uma avaliação escrita pelos próprios, de como se sentiram após a sua realização.

As atividades desenvolvidas no ETC são de ação educativa, ocupacional e pedagógica promovendo o elo de ligação entre o tratamento e a reinserção social.

A consciencialização do grupo para o seu diagnóstico e a sua responsabilização no tratamento foi um dos assuntos tratados frequentemente nas reuniões do grupo de adesão à terapêutica.

Em relação ao grupo de psicoeducação com os familiares foi fomentado, na finalização deste, a necessidade da continuação deste tipo de grupo de apoio, mesmo que dinamizado pelos próprios familiares, atendendo às suas necessidades e tempos.

O vínculo estabelecido entre a equipa de saúde, o grupo de utentes e o grupo de famílias, na consulta pós alta e no acompanhamento domiciliário foram estratégias utilizadas para consolidar a inserção da família na comunidade tendo como objetivo a construção de caminhos menos sofridos e estigmatizados, vivenciados pelo utente com doença mental.

No acompanhamento domiciliário, desposemo-nos a aferir a continuidade do tratamento, as condições do tratamento realizado, verificar a manutenção das atividades de vida, permitindo avaliar o estado mental do utente e sua adaptação ao meio em que está inserido. Recordamo-nos perfeitamente das condições precárias encontradas num utente com o diagnóstico de esquizofrenia, após a alta hospitalar, quando fomos confrontados com as necessidades de higiene e vestuário, ao fim de 1 mês apresentava a mesma roupa que lhe tinha sido facultada no momento da alta, pelo que sugerimos que lhe fosse oferecida roupa lavada em cada visita domiciliária, enquanto não fosse resolvida a sua condição social, de utente preterido pela sua doença mental e pela comunidade em geral.

A consulta pós-alta é realizada uma semana após a saída do utente do internamento, no intuito de verificar a sua readaptação à família e ao meio, à terapêutica, emoções e esclarecer as dúvidas que possam ter sido despoletadas, tanto no utente como na família. Mostrando-nos disponíveis para um eventual contato, constituindo-nos também como uma rede de suporte.

O enfermeiro na sua vivência diária é levado a responder à qualidade de cuidados que presta, nas mais variadas situações que se lhe apresentem. Pelo que necessita de recriar a cada momento a sua atuação e dominar a especificidade de algumas competências.

A aquisição e o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria são de extrema importância, nomeadamente as que se baseiam no âmbito das relações interpessoais, uma vez que constituem o apoio para identificar problemas de saúde, orientando o utente para a área da saúde mental.

Nesta área de especialidade, o enfermeiro contempla os utentes numa dimensão holística e psicossocial atuando ao nível da prevenção, dado que articula na comunidade, as várias entidades institucionais.

2 - COMPETÊNCIAS DO MESTRE EM ENFERMAGEM

Para a obtenção do grau de Mestre, o Decreto-lei 74/2006 de 25 de março, recomenda que o aluno obtenha e certifique uma especialização de natureza profissional enunciada no artigo 18º, nº4. Visando os objetivos preconizados para o enfermeiro especialista, o Mestre em Enfermagem tem de desenvolver as seguintes competências:

- a) Demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem;
- b) Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas;
- c) Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proativa;
- d) Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos;
- e) Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- f) Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.

As competências instituídas para o enfermeiro Mestre, poderão ser consideradas no nosso entender, as competências comuns e as específicas na sua globalidade, acrescidas de um contributo ou suporte na área da investigação de forma a desenvolver cuidados de enfermagem baseados na evidência.

A aquisição de competências do enfermeiro Mestre, estão demonstradas pelo percurso realizado no âmbito deste estágio, iniciado pelo diagnóstico de situação, seguido de um planeamento das intervenções, execução das mesmas e sua avaliação, tendo em conta os ganhos em saúde. Os resultados terapêuticos e benefícios obtidos na população

intervencionada revelam o nível de eficácia de intervenção psicoeducativa adequada às necessidades.

Tendo em conta, que o programa nacional para a saúde mental é um dos programas prioritários emanados pela direção geral da saúde, todo o trabalho desempenhado no decurso deste mestrado foi ao encontro do que são, os objetivos deste programa, nomeadamente da promoção do bem-estar e da saúde mental, do utente/família bem como sua prevenção, tratamento e reabilitação dando resposta às políticas de saúde atuais.

Deste modo, propomo-nos verificar os benefícios da psicoeducação em grupos multifamiliares e a intervenção psicoterapêutica individual segundo o modelo da relação de ajuda de inspiração rogeriana, na redução da sobrecarga dos cuidadores informais de pessoas com esquizofrenia. Estes resultados contribuíram para reforçar a necessidade de implementação, deste modelo de intervenções, na diminuição da sobrecarga e consequentemente para uma melhor qualidade de vida das famílias e da sociedade em geral, assim como na contribuição para a mudança de estilos de vida visando a promoção da saúde.

A questão central do estudo que nos propusemos realizar, consistiu em conhecer a eficácia da realização de um conjunto de três sessões psicoeducativas multifamiliares com presença do utente, acompanhadas por entrevistas de suporte psicológico individualizadas. Neste sentido, de acordo com a terminologia apresentada por Cohen et al., (2000), consideramos que a metodologia mais apropriada para responder a essa questão se insere numa tradição de investigação positivista de natureza quantitativa, operacionalizada por um estudo do tipo experimental. Trabalhos desta natureza podem contribuir para produzir evidência científica sobre a prática de enfermagem, e de saúde, fundamentada no desenvolvimento da ciência. Uma vez que, produzem argumentos e propõem diretrizes nas políticas de saúde, na formação dos profissionais e fomentam discussões no conhecimento da enfermagem.

Os resultados apresentados neste estudo evidenciam a sua importância, onde incrementos em 5% podem ser suficientes para justificar a implementação dos mesmos. Neste sentido, uma vez que obtivemos um incremento global na redução da sobrecarga na ordem dos 10% consideramos justificado o investimento nesta metodologia de trabalho. Para facilitar o processo de decisão sobre a pertinência de implementação deste tipo de projetos em enfermagem, num determinado contexto terapêutico, evocamos alguns autores da área da economia da saúde nomeadamente, Barros (2006) e Freitas (2005). Estes

autores sugerem que a introdução de novos programas, tecnologias ou abordagens terapêuticas, devem ser avaliados tendo por base os seus ganhos em saúde.

A investigação é importante não só para o desenvolvimento sucessivo da profissão como também para tomada de decisão assertiva, que melhor se adequa na prestação de cuidados, contribuindo para a sua segurança. Procuramos fomentar uma atitude reflexiva, com habilidade/capacidade crítica para melhor desenvolver a profissão. Assim, poderemos dizer que a pertinência deste estudo está suportada pelas diretrizes da ordem dos enfermeiros de 2006 que descrevem os quatro eixos prioritários de investigação: Adequação dos cuidados de enfermagem gerais e especializados às necessidades do cidadão; Educação para a saúde na aprendizagem de capacidades; Estratégias inovadoras de gestão / liderança; Formação em enfermagem no desenvolvimento de competências.

A prática de enfermagem baseada na evidência pressupõe cuidados de excelência, respeito e segurança nos cuidados. Relativamente aos princípios éticos da Autonomia, da Beneficência, da Não Maleficência e da Justiça, foram respeitados norteando o nosso estudo.

Após todo o trabalho de diagnóstico de situação, onde foi realizado o levantamento das necessidades da população estudada, foi essencial passar à etapa de planeamento das intervenções, onde propomos um projeto assente em duas linhas de intervenção complementares: a psicoeducação em grupos multifamiliares; e a intervenção psicoterapêutica individual, segundo o modelo da relação de ajuda de inspiração rogeriana. Para os utentes em regime de internamento foram planeadas atividades terapêuticas segundo a Teoria do Cuidado transpessoal de Jean Watson.

Para o sucesso das intervenções realizadas foi essencial, integrarmo-nos de forma proativa na equipa multidisciplinar, para dar resposta às necessidades do utente/família de acordo com a especificidade da situação na nossa área de conhecimento/especialização.

Tendo em linha de conta as competências do Mestre, no que diz respeito à conceção, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, estas são demonstradas no trabalho pela pertinência da intervenção psicoeducativa realizada, que visa a gestão da sobrecarga do cuidador informal da pessoa com esquizofrenia. Assim, surge a intuição como uma característica e privilégio que poucos obtêm apesar da experiência de vida. Deste modo, o enfermeiro detentor desta característica percebe no Aqui e Agora de forma intuitiva cada posição, entende as dificuldades e não se perde em particularidades

insignificantes ao nível dos diagnósticos e resoluções (Benner, 2001). Aliada a necessidade de alargar o saber, surge também o crescimento pessoal e a motivação para a continuidade da qualidade e trabalhos de excelência.

Através deste trabalho verificámos que o grupo experimental, após a intervenção psicoeducativa apresentou uma diminuição da sobrecarga 10.57% superior ao grupo de controlo. Os dados suportam a decisão de investir em projetos, desta natureza, naquele contexto específico, porque está associado a benefícios na redução da sobrecarga, superiores a 5%.

O enfermeiro especialista detentor do grau de mestre tem que conhecer ou tomar a iniciativa de procurar na comunidade os recursos existentes, para que possa responder de forma eficaz e imediata às situações e dar continuidade aos cuidados de enfermagem. Avaliar de forma persistente e contínua as condições da pessoa com perturbação mental, as vivências familiares e o contexto envolvente em toda a sua especificidade, a fim de orientar e apoiar o utente e a família nessa vivência. Aspetos sempre tidos em conta durante as intervenções realizadas.

O estágio permitiu-nos referenciar os utentes/cuidadores para o hospital por situações de crise mental ou para uma intervenção comunitária por forma a trabalhar as aptidões sociais, o acompanhamento após alta ou por necessidade de uma intervenção psicoeducativa. Durante o mesmo, foi possível atuarmos ao nível da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação tendo em conta o indivíduo/ família como um todo pelos conhecimentos adquiridos em vinte anos de exercício profissional. O enfermeiro aprende os saberes no seu percurso, da sua experiência e da sua vivência, faz regularmente uma auto análise e interroga as ações de enfermagem, interpreta e conduz a sua prática segundo uma tomada de decisão. Para Perrenoud (2001, p. 18), é por meio da experiência que, “o profissional constrói seu conhecimento, definido como o conjunto de esquemas de pensamento e de ação de que dispõe um ator”.

Durante os anos de exercício profissional procuramos ir ao encontro das necessidades de formação contínua, nomeadamente com a frequência neste mestrado uma mais-valia para nós, para os utentes e cuidadores. Existe a necessidade de aprender para não cair no vazio de uma vida sem sentido ou empobrecida de conhecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do estágio facilitou a nossa compreensão sobre as necessidades dos cuidadores informais de pessoas com esquizofrenia, que passaram pela vivência de, pelo menos, um internamento em clínica psiquiátrica. Constatámos que os níveis de sobrecarga (avaliado pelo QPF de Xavier et al., 2002) são elevados para esta população. Para além do sofrimento emocional, relacionada com a sobrecarga, verificámos que estes cuidadores informais apresentavam *deficits* de informação e conhecimento sobre a patologia e tratamento, dificuldade em gerir a sintomatologia, dificuldade em lidar com as situações de crise, desconhecimento sobre os recursos existentes na comunidade e uma elevada preocupação com o futuro do seu familiar doente. Neste sentido, propusemo-nos, no estágio, implementar com estes cuidadores informais, um projeto assente em duas linhas de intervenção complementares: a psicoeducação em grupos multifamiliares integrando o utente; e entrevistas de suporte emocional segundo o modelo da relação de ajuda de inspiração rogeriana. Concetualizámos as intervenções de enfermagem em dois modelos concetuais que passamos a explicitar. A Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson (2007) suportou as intervenções com os utentes portadores da doença por ser holístico, sistémico e prever a espontaneidade das intervenções, trabalhando simultaneamente as dimensões bio-psico-sociais e espirituais. A Teoria das Relações Interpessoais de Peplau (1990) serviu de base às intervenções de enfermagem, com os cuidadores informais. Esta teoria valoriza a intervenção do enfermeiro na relação de ajuda, integrando os aspetos de natureza relacional da pessoa a ser cuidada, em que ela própria tem autonomia e autodeterminação no seu projeto pessoal de saúde.

A intervenção aos cuidadores informais proposta neste projeto seguiu uma abordagem psicoeducativa multifamiliar com inclusão do utente, que incluía também entrevistas de suporte emocional unifamiliar, junto desses cuidadores informais. Estas entrevistas de suporte emocional individuais, tinham o propósito de ajudar a pessoa a tomar consciência das suas emoções e inquietações, abrindo um espaço privilegiado para a ventilação de emoções expressas. Estas atividades foram realizadas em contexto de

internamento, mas assumiram um maior desenvolvimento na comunidade, nomeadamente, no ETC. Foi neste contexto comunitário que pretendemos verificar se este modelo de intervenção, contribuía para a redução da sobrecarga dos cuidadores informais, inscritos nessa unidade de saúde. Para melhor responder a essa questão utilizámos um desenho experimental com pré-teste pós-teste e grupo de controlo randomizado, numa amostragem de 14 cuidadores informais. Os participantes foram agrupados aleatoriamente em dois grupos, um experimental (N=7) e outro de controlo (N=7). O grupo experimental foi submetido a uma intervenção multifamiliar psicoeducativa, que incluía entrevistas individualizadas para suporte emocional. Esta intervenção teve a duração de três meses durante as quais ocorreram 3 sessões multifamiliares e uma média de 4 entrevistas individuais para cada participante. Durante as sessões foram abordados vários temas como, por exemplo: o conceito de esquizofrenia e seus sinais e sintomas de alarme; gestão da sintomatologia delirante, alucinatória, alterações do comportamento (agressividade, passividade, bizarria), insónia; tratamento farmacológico (efeitos terapêuticos, secundários, terapêutica *depôt*); estratégias facilitadoras da adesão à terapêutica; estratégias comunicacionais com a pessoa doente; gestão da crise (internamento compulsivo, internamento de urgência); e reabilitação e reinserção da pessoa doente (recursos existentes na comunidade, proteção social da pessoa doente). As entrevistas de suporte emocional unifamiliares foram realizadas segundo a abordagem rogeriana de relação de ajuda, assente nos pressupostos da não diretividade do tipo de ajuda que é prestada e na compreensão empática por parte do terapeuta. O instrumento de colheita de dados foi utilizado o QPF de Xavier et al (2002) que mede os níveis de sobrecarga de cuidadores informais de pessoas com esquizofrenia. O instrumento foi aplicado com o consentimento informado dos autores, dos participantes e autorização formal dos responsáveis do serviço, no início e fim do projeto nos dois grupos. De modo a contribuir para a redução da sobrecarga, a melhoria do conhecimento face à doença, e a melhoria da comunicação interpessoal com o familiar doente, propusemos o projeto de intervenção no serviço (PIS) com os seguintes objetivos; a) Identificar a existência de sobrecarga nos cuidadores informais de pessoas com esquizofrenia; b) Planear intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátricas dirigidas à diminuição da sobrecarga dos cuidadores informais identificada; c) Desenvolver intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátricas dirigidas à redução da

sobrecarga dos cuidadores informais; d) Avaliar as intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental, dirigidas à sobrecarga dos cuidadores informais.

Verificámos que o cuidador informal de pessoas com esquizofrenia é, frequentemente, um familiar do sexo feminino, que vive em proximidade ou na mesma habitação, habitualmente com laço de consanguinidade ascendente ou descendente. Estes cuidadores evidenciam níveis elevados de sobrecarga, que se manifesta principalmente pela baixa perceção de ajuda recebida, baixas atitudes positivas sobre a pessoa doente e elevado criticismo.

Não encontrámos diferenças de média, estatisticamente significativas ($p > .05$) entre os dois grupos experimental e de controlo, na sobrecarga total. A abordagem psicoeducativa por nós utilizada, esteve associada a uma redução em 57,19% nas atitudes positivas. A perceção de ajuda recebida foi a segunda dimensão com maior ganho percentual, nomeadamente, 12,68%. Em terceiro lugar ficou a sobrecarga objetiva, com um ganho de 9,77%, seguindo o criticismo com 9,14%. A sobrecarga subjetiva teve um incremento de apenas 3,52%. Globalmente o incremento foi de 10,57% no grupo experimental em comparação com o grupo de controlo. Alguns autores, como Barros (2006) e Freitas (2005) sugerem que a introdução de novos programas, tecnologias ou abordagens terapêuticas, devem ser avaliados tendo por base os seus ganhos em saúde, onde incrementos em 5% podem ser suficientes para justificar a implementação dos mesmos. Neste sentido, uma vez que obtivemos um incremento global na redução da sobrecarga na ordem dos 10% consideramos justificado o investimento nesta metodologia de trabalho.

Estes dados não permitem efetuar generalização devido à baixa representatividade da amostra. Por um lado, esta baixa representatividade está relacionada com a fraca adesão de familiares e utentes ao ETC de forma consistente. Para além disso, os critérios de exclusão e inclusão por nós definidos também contribuíram para a redução de eventuais participantes. Por outro lado, a estrutura e dinâmica do próprio serviço, não permitia a mobilização de grupos de grandes dimensões, disponibilizando apenas um dia por mês para a realização deste tipo de intervenção. Estes condicionantes, aos quais somos alheios, contribuíram para a dificuldade na generalização destes resultados. Esta estratégia investigativa, por ser quantitativa, inviabiliza a possibilidade de estudar as experiências individuais de cada participante, tal como vivenciaram, sendo esta uma limitação deste estudo. Não obstante, a nossa intervenção clínica baseada na entrevista de suporte

emocional, permitiu alguma compreensão sobre estes processos de integração individuais, que no essencial, contribuíram para a ventilação das emoções expressas. Não construímos uma análise desses registos qualitativos.

Nas últimas duas décadas, os programas de psicoeducação demonstraram melhorar significativamente os cuidados no pós alta dos utentes com esquizofrenia, resultados comprovados pelas taxas de reinternamento, de adesão à terapêutica e pelo autoconhecimento da doença (Praskoa et al., 2010). Os resultados obtidos neste trabalho são consistentes com estes estudos. Diversos autores (Brito, 2005; Gonçalves-Pereira et al., 2007; Leal et al., 2008) sustentam o efeito positivo da psicoeducação na redução da sobrecarga. Brito (2005) vai ainda mais longe, quando refere que os enfermeiros são dos profissionais de saúde que estão mais capacitados para a prática deste tipo de intervenção.

As carências sociais, económicas e de saúde, desta população exigem um alargamento do tempo de intervenção, que não foi possível prolongar por motivos inerentes à dinâmica do serviço. Deixamos algumas interrogações, nomeadamente, a) conhecer quais as consequências resultantes das reestruturações dos serviços de saúde mental na sobrecarga dos cuidadores informais; b) perceber como será possível integrar as intervenções psicoeducativas nos novos serviços públicos de saúde. Resta concluir, mais uma vez, a boa resposta das intervenções psicoeducativas junto dos cuidadores informais de pessoas com esquizofrenia, na redução da sobrecarga.

O caminho percorrido para atingir os objetivos a que nos propusemos foi longo e sofrido, contudo não foi em vão, uma vez que, os benefícios conquistados foram determinantes na equipa, no serviço, na instituição e nos participantes do estudo. O conhecimento adquirido sobre a doença, a sobrecarga e a intervenção psicoeducativa e psicoterapêutica, permitiu-nos ser proativos nas discussões da equipa multidisciplinar de saúde mental e psiquiatria e estabelecer uma relação terapêutica com os cuidadores e pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia. A contribuição adquirida das várias unidades temáticas administrados no curso associada as atividades praticadas em estágio favoreceram a construção e desenvolvimento de competências do enfermeiro na obtenção do grau de Mestre em Saúde mental e Psiquiatria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, P. (2002). *Esquizofrenia: Conhecer a Doença*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Afonso, P. (2010). *Esquizofrenia- Para além dos mitos, descobrir a doença*. Cascais: Princípia Editora, Lda.
- Almeida, V., Lopes, M., & Damasceno, M. (2005). *Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: Análise Fundamentada em Barnaum*. Obtido em 15 de fevereiro de 2012, de Rev Esc Enferm USP: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/11.pdf>
- Barros, P. (13 de fevereiro de 2006). Obtido em 25 de agosto de 2012, de Avaliação Económica das Intervenções dos Profissionais de Saúde. Comunicação apresentada na Conferência Benefícios Clínicos e Económicos das Intervenções em Farmácia Comunitária, organizada pela Ordem dos Farmacêuticos: URL:<http://ppbarros.fe.unl.pt>
- Basteiro, S., Gil, C., & Marín, R. (2004). *Guia para Familiares de Doentes Mentais*. Lisboa: FNAFSAM.
- Bechelli, L. (11 de maio de 2003). Antipsicóticos de ação prolongada no tratamento de manutenção da esquizofrenia. Parte I. Fundamentos do seu desenvolvimento, benefícios e nível de aceitação em diferentes países e culturas. *Rev Latino-am Enfermagem* , pp. 341-9.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed.
- Brito, M. (novembro de 2005). Obtido em 9 de junho de 2012. Intervenções Psicoeducativas para Famílias de Pessoas com Esquizofrenia – uma Revisão ‘Quasi-Sistemática’ da Literatura: <http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/169671.PDF>
- Cardoso, L., & Galera, S. (19 de março de 2006). Adesão ao tratamento psicofarmacológico. *Ata Paul Enfermagem* , pp. 343-348.
- Carraça, A., Marques, A., Silva, J., Homem, P., Abreu, J. (dezembro/fevereiro de 2010). Intervenções Psicoeducativas em Enfermagem: contributos para a gestão da ansiedade e sobrecarga familiar. *Revista de Psiquiatria Centro Hospital Psiquiátrico de Lisboa Vol XXII, Nº 3* , pp. 151-159.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica - volume I e II*. Lisboa: Lusodidacta.

- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica - Estratégias de Intervenção*. Lusodidacta.
- Cohen, L., Manion, L., & Moorrison, K. (2000). *Research Methods in Education*. New York: Routledge.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de vidade aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Dias, E. (2011). *Sobrecarga vivenciada por familiares cuidadores de pacientes esquizofrénicos e sua relação com a depressão*. Lisboa: <http://run.unl.pt/bitstream/10362/5932/1/Dias%20Elenise%20TM%202011.pdf>.
- Eizirik, C., Aguiar, R., & Shestatsik, S. (2007). *Psicoterapia de orientação analítica - fundamentos teóricos e analíticos*. São Paulo: Artemed Editora SA.
- Elsen, I., Marcon, S., Silva, Mara. (2002). O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=385117&indexSearch=ID>
- Escudero, R., Dias, Á., & Pascual, C. (2001). Cuidadores informales. Necesidades y ayudas. *Revista Rol enfermería*, pp. 183-189.
- Faria Santos, F. (2007). Obtido em 13 de 08 de 2012, de Uma reflexão sobre a falta de limites: Tematizando a alteridade: http://www.psicologia.ufrj.br/pos_eicos/pos_eicos/arqanexos/arqteses/francinemarceli.pdf
- Freitas, M. (2005). *Avaliação Económica em Saúde. Portal da Saúde*. Obtido em 23 de agosto de 2012, de URL: <http://www.saudepublica.web.pt/>
- Gillieron, E. (1998). *Manual de Psicoterapias Breves*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., Barahona-Correa, B., & Fadden, G. (2006). *Intervenções Familiares na Esquizofrenia: Dos Aspectos Teóricos à Situação em Portugal. Ata Médica Portuguesa*
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., & Fadden, G. (2007). Obtido em 29 de 8 de 2012, de O Modelo de Falloon para intervenção familiar na esquizofrenia: Fundamentação e aspetos técnicos: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v25n2/v25n2a06.pdf>
- Gomes, E. (2011). Obtido em 7 de setembro de 2012, de Atividade física e desportiva para indivíduos com esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo: implantação de um programa e análise da aplicabilidade de um teste de capacidade funcional.: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56764/2/TESE%20Eluana.pdf>
- Guanaes, C. & Japur, M. (2001). Obtido em 31 de agosto de 2012, de Grupo de Apoio com Pacientes Psiquiátricos Ambulatoriais em Contexto Institucional: Análise do Manejo Terapêutico: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v14n1/5218.pdf>

Hesbeen, W. (1997). *Cuidar no hospital – enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e ação na perspetiva do cuidar*. Loures : Lusociência.

Leal, M., Sales, R., Ibáñez, E., Giner, J., Leal, C. Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo

Leyva, M., & Mogeda, M. (03 de 2008). Necesidades psicosociales del cuidador informal. *Revista ROL enfermaria*, vol.31, nº3 , pp. 36-38.

Machado, J. (23 de fevereiro de 2012). *Familia- Wikipédia*. Obtido em 24 de fevereiro de 2012, de <http://pt.wikipedia.org/wiki/Fam%C3%ADlia>

Mallan, D. *Psicoterapia Individual e a Ciencia da Psicodinamica*. Portoalegre: Artes Médicas.

Marchetti, R., & Neto, J. (7 de setembro de 2011). *Transtornos mentais associados à epilepsia*. Obtido em 28 de novembro de 2011, de <http://pt.scribd.com/doc/64450855/Transtornos-mentais-associados-a-epilepsia>

Monis, C., Lopes, G., Carvalhas, J., & Machado, S. (julho/dezembro de 2005). Sobrecarga do cuidador informal. *Escola Superior de Enfermagem Imaculada Conceição*, nº35 , pp. 49-55.

Neves, M.; Susana, P. (2009). *Para uma Ética da Enfermagem. Desafios*. Gráfica de Coimbra, Coimbra.

Nogueira, M. (setembro de 2003). *Necessidades do familiar no cuidar: Papel do Enfermeiro*. Obtido em 18 de janeiro de 2012, de repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/.../4/6018_TM_01_P.pdf

OMS. (2001). Obtido em 16 de setembro de 2012, de Relatório sobre a Saúde no Mundo. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança.: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (26 de abril de 2006). Obtido em 20 de setembro de 2012, de Investigação em Enfermagem- Tomada de Posição: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (20 de outubro de 2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Obtido em 2 de março de 2012, de

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Patterson, & Eisenberg. (1988). *O processo de aconselhamento*. São Paulo: Livraria Martins Fontes, Editora, Ltda.

Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.

Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Peplau, H. (1990). *Relaciones Interpersonales En Enfermeria*. Barcelona: Ediciones Cientificas y Técnicas, S.A.

Perrenou, P. (2001). *Escola Reflexiva e nova racionalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência.

Pontes, A. (2008). *A Maternidade em maes de crianças com doenças neurológicas crónicas: um estudo sobre a sobrecarga e a qualidade de vida*. Obtido em 21 de dezembro de 2011, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde.../Tese.pdf> Semelhante

Praskoa, J. V. (3 de dezembro de 2010). Obtido em 3 de março de 2012, de Psychoeducation for Psychotic patients: <http://biomed.papers.upol.cz/getrevsrc.php?identification=public&mag=bio&raid=110&type=fin&ver=2>

Rangel, E. (3 de dezembro de 2004). Obtido em 16 de setembro de 2012, de A Crítica e a Sensibilidade no Processo de Cuidar na Enfermagem: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1277/127718062006.pdf>

Rispail, D. (2002). *Conhecer-se Melhor para Melhor Cuidar- Uma Abordagem do Desenvolvimento Pessoal em Cuidados de Enfermagem*. Paris: Lusociencia- Edições Tecnicos e Cientificas, Lda.

Rogers, C. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.

Ruivo, A., & Ferrito, C. Nunes, L. (janeiro-março de 2010). *Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas*. Obtido em 26 de outubro de 2011, de Percursos nº15: Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas

Rummel, C. & C, Kissling, W. (7 de julho de 2008). Obtido em 24 de junho de 2012, de Psychoeducation for patients with schizophrenia and their families: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18590477>

Sales, F., Pinto, D., Caldas, R., & Jorge, M. (7 de dezembro de 2009). Obtido em 7 de setembro de 2012, de Tecnologias Leves em Saúde Mental: uma Proposta para o Trabalho de Enfermagem no Programa Saúde da Família: http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/02626.pdf

Santos, S. (11 de dezembro de 2006). *Avaliação Sociodemográfica e Níveis de Saúde Física e Mental de Cuidadores de um Programa de Atendimento Domiciliar*. Obtido em 24 de outubro de 2011, de http://www.tede.ucdb.br/tde_arquivos/3/TDE-2008-08-01T135145Z-141/Publico/2006SERGINALDO%20JOSE%20DOS%20SANTOS.pdf

Santos, F. (2007). Obtido em 13 de 08 de 2012, de Uma Reflexão Sobre a Falta de Limites: Tematizando a Alteridade: http://www.psicologia.ufrj.br/pos_eicos/pos_eicos/arqanexos/arqteses/francinemarceli.pdf

Santos, I. (2011). *avaliação das Necessidades Educacionais dos Cuidadores de Pessoas com Esquizofrenia: contribuição para a validação de um questionário*. Obtido em 5 de fevereiro de 2012, de <http://hdl.handle.net/10362/6618>

Silva, R., Silva, I., Silva, R., Sousa, L., & Tomasi, E. (2010). Obtido em 7 de setembro de 2012, de Atividade física e qualidade de vida: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a17v15n1.pdf>

Simionato, M., & Oliveira, R. (novembro de 2003). *Funções e Transformações da Família ao Longo da História*. Obtido em 2011 de outubro de 2011, de <http://www.abpp.com.br/abppprnorte/pdf/a07Simionato03.pdf>

Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Waldow, V. (1998). Examinando o conhecimento na enfermagem. In Meyer et al. *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artemed.

Watson, J. (23 de fevereiro de 2007). *Watson's theory of human caring and subjective living experiences...* Obtido em 9 de fevereiro de 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a16v16n1.pdf>

Winnicott, Donald. (1999). *Conversando com os pais*. São Paulo: Martins Fontes.

Xavier, M., Almeida, J., Martins, E., Barahona, B., & Kovess, V. (2002). Avaliação das necessidades de indivíduos com esquizofrenia em Portugal - estudo comparativo multicentrico. *Revista Portuguesa de Saude Publica* , pp. 5-17.

Xavier, M., Pereira, M., Corrêa, B., & Almeida, J. (2002). *Questionário de Problemas Familiares: Desenvolvimento da Versão Portuguesa de um Instrumento de Avaliação de Sobrecarga Familiar*. Obtido em 3 de outubro de 2011, de PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v3n2/v3n2a05.pdf>

Yacubian, J., & Neto, F. (julho/dezembro de 2001). *Psicoeducação Familiar*. Obtido em 10 de novembro de 2011, de http://www.faepesul.org.br/arquivos/psicoeducacao_familiar.pdf

Yalom, I. (1989). *O Carrasco do Amor e outras historias sobre psicoterapia*. Rio de janeiro: Ediouro Publicações.

APÊNDICE I – Artigo Científico

Uma intervenção psicoeducativa na gestão da sobrecarga do cuidador informal de pessoa com esquizofrenia

Marques, C.¹, Lopes, J.²

Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde de Setúbal.

No presente trabalho analisamos os possíveis benefícios, de um projeto de intervenção psicoeducativa, na redução da sobrecarga de cuidadores informais de pessoas com doença esquizofrénica. Sendo a psicoeducação parte integrante dos cuidados de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiatria, tentámos confirmar a hipótese experimental de que os cuidadores informais submetidos a uma intervenção psicoeducativa multifamiliar, que incluía também entrevistas de suporte emocional unifamiliar, apresentam maior redução da sobrecarga do que os cuidadores informais submetidos aos cuidados habituais de um Espaço Terapêutico e Comunitário de saúde mental. Para melhor confirmar ou infirmar esta hipótese, utilizámos um estudo de desenho experimental, com pré-teste, pós-teste e grupo de controlo randomizado, numa amostragem de 14 cuidadores informais. Estes foram incluídos, aleatoriamente, num grupo experimental (N=7) e outro de controlo (N=7). O grupo experimental recebeu psicoeducação estruturada no formato multifamiliar com inclusão do doente, que incluía também entrevistas individualizadas de suporte emocional. Foram realizadas três sessões psicoeducativas e, em média, quatro entrevistas individuais, durante três meses. O instrumento de colheita de dados utilizado foi o QPF de Xavier et al., (2002). O instrumento foi aplicado com o consentimento informado dos participantes e autorização formal dos responsáveis do serviço, no início e fim do projeto nos dois grupos. Não encontramos diferenças de médias, estatisticamente significativas ($p > .05$), entre os dois grupos de investigação, em relação à sobrecarga. Contudo, verificámos que o grupo experimental teve uma diminuição da sobrecarga 10.57% superior ao grupo de controlo. Este ganho em saúde é consistente com os dados da literatura, que apontam para a efetividade de programas psicoeducativos estruturados, na redução da sobrecarga em cuidadores informais de pessoas com doença mental crónica.

Palavras-chave: psicoeducação familiar; sobrecarga; cuidadores informais; esquizofrenia; metodologia de projeto; enfermagem de saúde mental.

INTRODUÇÃO

Os utentes com esquizofrenia têm, pelas suas características patológicas, alterações do pensamento, da percepção, do comportamento, défice cognitivo e emocional e sofrem uma gradual degradação psíquica e física. É frequentemente, necessário que alguém exerça supervisão e apoio na realização das atividades instrumentais e básicas da vida diária. São membros da família ou outros significativos, que habitualmente assumem essa responsabilidade. Contudo, a falta de preparação e conhecimentos sobre a patologia esquizofrénica, por vezes, torna essa relação tensa e stressante, acabando por prejudicar a saúde mental e física do próprio cuidador como processo reabilitativo da pessoa doente. No contacto que estabelecemos com estes cuidadores, verificámos que estes apresentam dificuldades em diversos domínios, nomeadamente, na fraca preparação sobre como lidar com os sintomas da doença, como facilitar a adesão ao tratamento, como promover a reabilitação psicossocial do doente e como lidar com a sobrecarga do cuidador. Esta constatação é coerente com alguns dados científicos referidos por vários autores, entre os quais, Xavier et al (2002); Nogueira (2003); Santos (2006); Dias (2011) sugerindo que os cuidadores informais, de pessoas com doença mental de evolução prolongada, apresentam elevados níveis de sobrecarga, elevado desgaste físico e psíquico, relacionados com os cuidados, défice de conhecimento sobre a patologia e tratamento, dificuldade em gerir a sintomatologia, desconhecimento sobre os recursos existentes na comunidade e a preocupação com o futuro do familiar doente. Sendo a sobrecarga um problema de saúde que tende a prejudicar tanto o cuidador como a pessoa doente, propusemos realizar um projeto de intervenção, em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, baseado na psicoeducação familiar, com o propósito de contribuir para a redução da sobrecarga evidenciada pelos mesmos.

O diagnóstico da situação, sobre as necessidades destes cuidadores informais, foi realizado no estágio clínico e revelou níveis de sobrecarga elevados ($M = 2,34$; $DP = 0,31$, avaliado pelo QPF de Xavier et al, 2002). Foi identificado, também, défice de informação e conhecimento sobre a patologia e procedimentos terapêuticos; dificuldade em gerir a sintomatologia; dificuldade em lidar com as situações de crise; desconhecimento sobre os recursos existentes na comunidade e a preocupação para com o futuro do familiar doente, tal como previsto na literatura. Neste sentido, propusemo-nos, no estágio clínico, implementar, junto destes cuidadores informais, um projeto assente em duas linhas de intervenção complementares, a **psicoeducação**, em grupos multifamiliares incluindo o utente, e entrevistas de suporte emocional individuais, segundo o modelo da **relação de ajuda**.

Psicoeducação familiar

Falloon (1993) define psicoeducação como um processo de intervenção direta para ajudar os membros da família a adotar métodos que facilitem a expressão mútua de necessidades e desejos, bem como, para ajudar as famílias a resolver os seus problemas do dia a dia mesmo quando as pessoas têm a desventura de sofrer de uma perturbação mental ou de cuidar de alguém que dela sofra. Neste sentido, podemos considerar que as intervenções psicoeducativas visam dois objetivos fundamentais: a) ajudar os doentes e seus familiares a terem consciência de que necessitam de obter conhecimentos sobre a doença e sobre as formas de lidar no quotidiano; b) reduzir o stresse familiar, providenciando suporte social, encarando o futuro de forma positiva mas realista (Gonçalves-Pereira et al., 2006). Segundo a *World Schizophrenia Fellowship* (1998, citado por Carraça, et al., 2010) sugere que a psicoeducação quando associada ao tratamento farmacológico de doenças esquizofrénicas contribui, por um lado, para alcançar melhores

resultados clínicos e funcionais para a pessoa doente, através de abordagens que integrem a colaboração entre os profissionais de saúde e família. Por outro lado, proporciona alívio para o sofrimento dos membros da família, apoiando-os nos seus esforços para potenciar a reabilitação da pessoa doente.

No conceito rogeriano de relação de ajuda, evidencia-se, entre outros aspetos, a dimensão não diretiva do tipo de ajuda que é prestada. Para além disso trata-se de um processo de interação colaborativo, assente em princípios de valorização da pessoa do Outro e da crença nas suas potencialidades para resolver de forma autónoma os seus problemas. Esta relação não deve ser vista como uma relação na qual existe um sujeito mais forte, que ajudar, e um sujeito mais fraco, que é o ajudado. Um, o que ajuda pela função facilitadora e potenciadora de desenvolvimento que assume. Outro, o que é ajudado por ser portador do que é essencial para o sucesso da relação de ajuda - a força interior (Roger 1980). Este movimento relacional entre quem ajuda e quem é ajudado, organiza-se em torno do processo de compreensão empática. Chalifour (2008) defende que a compreensão empática tem como finalidades: a) ajudar o terapeuta a confirmar e, se necessário, corrigir a sua perceção daquilo que vive o utente; b) fazer compreender ao utente que se interessa por ele; c) manifestar ao utente o seu desejo de o compreender a partir da sua perceção das coisas; d) significar ao utente que aquilo que ele vive é importante e digno de interesse; e) encorajar o utente a permanecer em contacto com o que vive e a explorá-lo partilhando-o com o terapeuta.

Sobrecarga do cuidador informal

Na literatura o conceito de sobrecarga foi evidenciado primeiramente segundo Monis et al. (2005, citando Grad & Sainsbury, 1966) na procura comunitária da pessoa com doença mental. Descreveram a sobrecarga como todo um custo de consequência negativa para a família que tem no seu seio um membro com doença mental. É neste âmbito que este conceito é entendido como uma força mediadora entre o compromisso dos familiares/cuidador e o impacto que o cuidar provoca nestas pessoas. Em 1966 Hoenig e Hamilton distinguem pela primeira vez os elementos objetivos e subjetivos da sobrecarga familiar, em que as atitudes relacionadas com o cuidar, sentimentos e emoções devem estar separadas das atividades e ou eventos específicos. Cumming (1965 citado por Marchetti et al., 2011) faz referência à importância do estigma relacionado com os transtornos mentais e que esta se deve à falta de capacitação e de conhecimento. É durante este período que surgem as primeiras incursões na construção de um instrumento exclusivo que avalie a sobrecarga familiar. Durante o período da década de 80, Zarit definiu a sobrecarga do cuidador como a dimensão perspectivada pelos cuidadores no que diz respeito às emoções, saúde física, vida social e *status*, desenvolvido pelo processo de cuidar dos seus familiares. Este conceito foi desenvolvido a partir de um método particular, subjetivo e explicativo da doença crónica (Monis et al., 2005).

A sobrecarga é percebida pelos cuidadores de diferentes maneiras, se para uns a realização de algumas atividades se torna demasiado stressante, para outros, o contato despendido com situações de comportamento agressivo e manifestações delirantes aliados a obrigação moral de cuidar de outrem que está debilitado ou dependente de si gera sentimentos contraditórios. No entanto Paúl (1997) refere que estas circunstâncias integram aspetos positivos desencadeados pela proximidade, intimidade e solidariedade. Os familiares com maiores índices de sobrecarga familiar evidenciam maior hostilidade para com os seus membros (Jackson, 1990 citado por Xavier et al., 2002), pelo que surgiu a necessidade de desenvolver não só intervenções

terapêuticas de caráter psicoeducacional associadas ao conceito das emoções expressas (com maior ênfase nas de orientação cognitivo-comportamental), como também a criação um instrumento de avaliação que permitisse simultaneamente quantificar o criticismo e os níveis de sobrecarga familiar (Scazufca & Kuipers; 1996, Shene et al., 1996, citados por Xavier *et al.*, 2002). Desta forma, o Departamento de Psiquiatria da Universidade de Nápoles simultaneamente com o Instituto da Saúde Pública desenvolveu o instrumento a que chamaram *Family Problems Questionnaire* (Morosini et al., 1991, citado por Xavier et al., (2002) assim, este é um processo que resulta da relação do modelo de sobrecarga objetiva/subjetiva com o *Modelo de Emoções Expressas*. Ao avaliar primeiramente a incidência da perturbação da doença psiquiátrica grave nos próprios doentes e posteriormente para avaliar as intervenções do género psicoeducacional utilizadas pelos familiares.

Objetivos

A realização do presente estudo tem como finalidade conhecer o ganho em saúde (redução da sobrecarga) com a implementação de um projeto de intervenção psicoeducativa proposto por nós. No Espaço Terapêutico e Comunitário, onde se desenvolveu este estudo, os cuidadores informais não recebem nenhum cuidado psicoeducativo estruturado, embora tenham acesso aos profissionais (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeuta ocupacional e enfermeiro) para esclarecimento de dúvidas. Fomos desafiados pela equipa multidisciplinar residente a estudar esta problemática, no sentido de compreendermos até que ponto os cuidados habitualmente prestados são eficazes na redução da sobrecarga destes cuidadores. Esta interrogação remete-nos para a elaboração de um estudo inserido no paradigma positivista, segundo uma abordagem quantitativa, num desenho experimental.

METODOLOGIA

Optámos pela modalidade do estudo experimental para o qual organizámos dois grupos: um experimental, que recebeu os cuidados psicoeducativos e entrevistas de suporte emocional, propostos por nós; e um grupo de controlo, que recebeu os cuidados habituais já preconizados no ETC. Os grupos foram selecionados aleatoriamente, com recurso à tabela dos números aleatórios, segundo os critérios de inclusão e exclusão definidos.

Participantes

Da população de cuidadores informais seguidos no ETC, foram selecionados 14 participantes que reuniam condições previstas nos critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram os seguintes: ter um familiar com diagnóstico de esquizofrenia, segundo o DSM-IV-TR; não ser portador de doença mental diagnosticada segundo os critérios do DSM-IV-TR (inclui debilidade mental LP; $QI > 89$); não apresentar sintomatologia clinicamente significativa (SCL-90); não apresentar, na sua história clínica, antecedentes de alcoolismo ou toxicodependência; o

familiar doente estar em regime farmacoterapêutico há pelo menos 3 meses; o familiar doente ter, pelo menos, um internamento em hospital psiquiátrico; ter como língua materna o português; assumir o papel de cuidador informal, independentemente de ser familiar ou não, acompanhando regularmente a pessoa doente ao ETC. Foi garantido o anonimato, confidencialidade, sigilo e voluntariedade de participação, sem que a mesma acarrete prejuízo físico ou psíquico.

Instrumentos

Para a avaliação do nível de sobrecarga do cuidador informal foi utilizado o *Questionário de Problemas Familiares* (QPF) na versão portuguesa de Xavier et al., (2002). Trata-se de um instrumento adaptado para a população portuguesa por uma equipa de investigadores da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. O mesmo é composto por 29 itens subdivididos em 5 subescalas: sobrecarga objetiva, sobrecarga subjetiva, ajuda recebida, atitudes positivas e criticismo. A escala foi testada numa amostra de conveniência de 160 familiares de doentes esquizofrénicos e, segundo os autores, revela boas potencialidades de aplicação em atividades de investigação e monitorização de qualidade de cuidados prestados nos serviços de saúde mental, nomeadamente, em intervenções psicoeducacionais.

Caracterização da amostra

A amostra revelou-se homogeneia nos dois grupos relativamente a algumas variáveis biográficas, nomeadamente, sexo, idade, parentesco com o familiar doente, estado civil, número de filhos a cargo, escolaridade, situação profissional, horas de contacto com o familiar doente. O perfil que surgiu revelou um cuidador informal, maioritariamente, do sexo feminino, encontrando-se em idade adulta (entre os 24 e os 79 anos). O cuidador possui uma relação de consanguinidade com o doente, mais frequentemente, mãe ou irmã. O estado civil mais representado é o casado, seguido do solteiro e viúvo, pertencente a um nível de escolaridade baixo (primeiro ciclo). A maioria dos participantes afirma estar em situação de inatividade profissional, passando, em média, 18h64m de contacto semanal com o doente.

RESULTADOS

O resultado obtido na primeira avaliação da sobrecarga aponta para uma igualdade entre os dois grupos em estudo. Com efeito, o grupo experimental obteve uma $M = 2.40$ $DP = 1.19$ e o grupo de controlo obteve uma média $M = 2.40$ $DP = 1.29$. Verificamos, portanto, que não existem diferenças estatisticamente significativas, ao nível alfa .05, na sobrecarga e suas respetivas dimensões, entre os dois grupos estudados, antes da realização da intervenção psicoeducativa. O teste confirmatório de comparação de médias foi efetuado com recurso à estatística não paramétrica *Mann-Whitney Test* para amostras independentes em SPSS versão 19. A figura 1 resume esses scores observados.

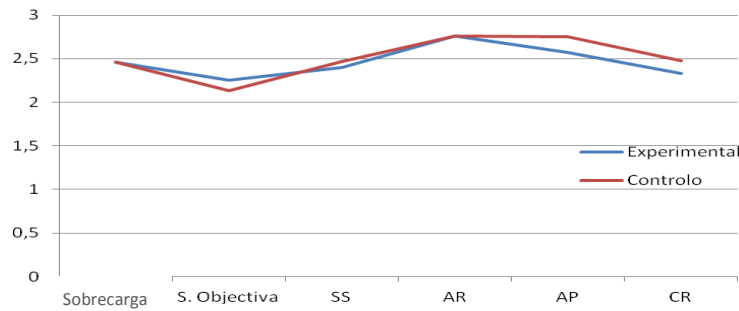


Figura 1: Média dos scores obtidos no grupo experimental e de controlo no QPF na primeira avaliação.

Os scores expressos na figura 1 indicam que as dimensões mais afetadas, nos dois grupos, é a ajuda recebida e as atitudes positivas. As curvas obtidas são consistentes com a não confirmação da hipótese de diferença das médias.

A figura 2 mostra os scores obtidos nos dois grupos, controlo e experimental, na segunda avaliação, após a realização das sessões psicoeducativas e entrevistas de suporte emocional.

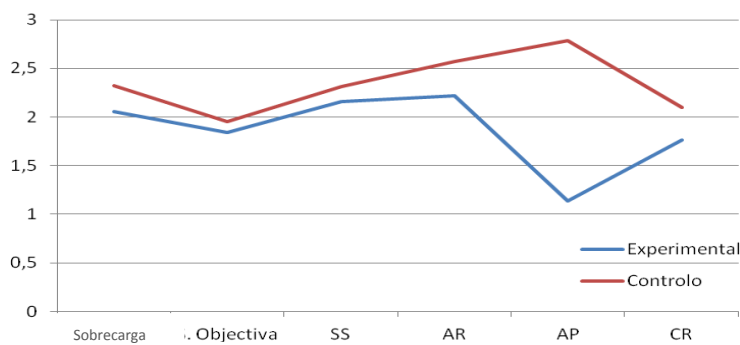


Figura 2: Média dos scores obtidos no grupo experimental e de controlo no QPF na segunda avaliação.

Embora não possamos excluir a hipótese da igualdade das médias entre os dois grupos estudados ($p < .05$, pelo *Mann-Whitney Test*) a curva obtida na figura 2 ilustra claramente a tendência para a redução da sobrecarga nos dois grupos, com maior intensidade no grupo experimental em especial na dimensão, *atitudes positivas*. Com efeito, no grupo de controlo a sobrecarga até aumentou nesta dimensão. A figura 3 compara a percentagem de variação da sobrecarga entre os dois grupos, onde podemos constatar que essa variação é sempre superior no grupo experimental.

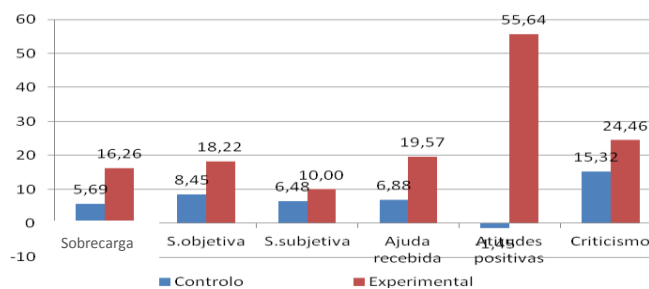


Figura 3: Variação percentual da redução de sobrecarga no grupo experimental e de controlo.

A realização de três sessões psicoeducativas estruturadas, incluindo uma média de quatro entrevistas de suporte emocional, estiveram associadas a um ganho de 57,19% nas atitudes positivas, quando comparado com o grupo de controlo. A percepção de *ajuda recebida* foi a segunda dimensão com maior ganho percentual, nomeadamente, 12,68%. Em terceiro lugar, a *sobrecarga objetiva* com um ganho de 9,77%, seguido o *críticas* com 9,14%. A *sobrecarga subjetiva* teve um incremento de apenas 3,52%. Globalmente o incremento foi de 10,57% no grupo experimental, quando comparado com o grupo de controlo.

DISCUSSÃO

Nas últimas duas décadas, os programas de intervenção psicoeducativa tem-se revelado uteis nos cuidados pós alta de utentes e familiares, na medida em que contribuem para a melhoria do conhecimento sobre a gestão dos sinais e sintomas da doença, bem como, facilitam a adesão ao tratamento, promovendo reduções significativas de internamentos hospitalares (Prasko et al, 2010). Os resultados obtidos neste trabalho são consistentes com alguns estudos que apontam para a efetividade das intervenções psicoeducativas na redução da sobrecarga do cuidador informal de pessoas com esquizofrenia, tal como demonstrado por Brito, (2005); Pereira *et al.*, (2006) e Leal *et al.*, (2008). Neste trabalho, o efeito positivo da psicoeducação na redução da sobrecarga parece ter apresentado um maior impacto nas atitudes positivas face ao doente. Este poderá contribuir para a melhoria das relações interpessoais entre cuidador e cuidado, promovendo a saúde mental de ambos.

CONCLUSÃO

Não encontramos diferenças de média, estatisticamente significativas ($p > .05$) entre os dois grupos experimental e de controlo, na sobrecarga, apesar da intervenção em estudo, estar associada a uma redução 10,57% superior à intervenção habitual. Barros (2006) e Freitas (2005) sugerem que a introdução de novos programas, tecnologias ou abordagens terapêuticas, devem ser avaliados tendo por base os seus ganhos em saúde, onde incrementos em 5% podem ser suficientes para justificar a implementação dos mesmos. Neste sentido, uma vez que obtivemos um incremento global na redução da sobrecarga na ordem dos 10% consideramos que a realização de 3 sessões psicoeducativas estruturadas, acompanhadas por entrevistas de suporte emocional individuais complementares, apresenta uma efetividade que justifica a continuidade deste tipo de cuidado.

Estes resultados não permitem efetuar generalização devido à baixa representatividade da amostra. Por um lado, esta baixa representatividade está relacionada com a fraca adesão de familiares e utentes ao ETC. Por outro, os critérios de exclusão e inclusão por nós definidos contribuíram para a redução de potenciais participantes. A estrutura e dinâmica do serviço não permitiu a mobilização de grupos de grandes dimensões, disponibilizando apenas um dia por mês para a realização deste tipo de intervenção. Confrontámo-nos com uma limitação relevante, mas inerente à estratégia investigativa implementada, que foi a dificuldade em estudar as experiências individuais de cada participante, tal como as vivenciaram. Não obstante, a intervenção clínica, baseada na entrevista de suporte emocional, permitiu alguma compreensão sobre estes

processos de integração individuais, que no essencial, contribuíram para a ventilação das emoções expressas e maior autoconhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barros, P. (2006). *Avaliação Económica das Intervenções dos Profissionais de Saúde. Comunicação apresentada na Conferência Benefícios Clínicos e Económicos das Intervenções em Farmácia Comunitária*, organizada pela Ordem dos Farmacêuticos, Lisboa, 13 de fevereiro de 2006. URL:<http://ppbarros.fe.unl.pt>.

Carraça, A., Marques, A., Silva, J., Homem, P., Abreu, J. (2010). *Intervenções Psicoeducativas em Enfermagem: contributos para a gestão da ansiedade e sobrecarga familiar*. *Revista de Psiquiatria Centro Hospital Psiquiátrico de Lisboa* Vol XXII, Nº 3, dezembro/fevereiro, p. 151-159.

Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica Volume I e II*. Lisboa: Lusodidacta.

Dias, E. (2011). *Sobrecarga vivenciada por familiares cuidadores de pacientes esquizofrénicos e sua relação com a depressão*. Lisboa: <http://run.unl.pt/bitstream/10362/5932/1/Dias%20Elenise%20TM%202011.pdf>.

Falloon, I., Boyd, J., McGill, C. (1993). *Family care of schizophrenia*. New York. Guilford Press.

Freitas, M. (2005). *Avaliação Económica em Saúde*. Portal da Saúde. URL: <http://www.saudepublica.web.pt/>

Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., & Barahona, (2006). *Intervenções Familiares na Esquizofrenia: Dos Aspetos Teóricos à Situação em Portugal*. *Ata Médica Portuguesa*.

Marchetti, R., Neto, J. *Transtornos mentais associados à epilepsia*. Obtido em 28 de novembro de 2011, de <http://pt.scribd.com/doc/64450855/Transtornos-mentais-associados-a-epilepsia>.

Monis, C., Lopes, G., Carvalhas, J., & Machado, S. (2005). Sobrecarga do cuidador informal. *Escola Superior de Enfermagem Imaculada Conceição*, nº35, pp. 49-55.

Nogueira, M. (2009). *Necessidades da Família no Cuidar: Papel Do Enfermeiro*. Obtido em 22 de outubro de 2011, de Repositório Aberto da Universidade do Porto: http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/10572?mode=full&submit_simple=Mostrar+registo+em+formato+completo

Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina

Rogers, C. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.

Santos (2006). *Avaliação Sociodemográfica e Níveis de Saúde Física e Mental de Cuidadores de um Programa de Atendimento Domiciliar*. Obtido em 18 de janeiro de 2012, de http://www.tede.ucdb.br/tde_arquivos/3/TDE-2008-08-01T135145Z-141/Publico/2006SERGINALDO%20JOSE%20DOS%20SANTOS.pdf

Xavier, M., Pereira, M., Corrêa, B., & Almeida, J. (2002) - *Questionário de Problemas Familiares: Desenvolvimento da versão Portuguesa de um instrumento de Avaliação de Sobrecarga Familiar*. *Psicologia, Saúde e Doenças*. Vol. 3, Nº 2, p. 165-177.

APÊNDICE II – Cronograma de atividades

Etapas do estudo	setembr o	outubro	novemb ro	dezemb ro	janeiro	fevereir o	março	abril	maio	junho	julho
	1ª Q	1ª Q	1ª Q	1ª Q	1ª Q	1ª Q	1ª Q	1ª Q	1ª Q	1ª Q	1ª Q
	2ª Q	2ª Q	2ª Q	2ª Q	2ª Q	2ª Q	2ª Q	2ª Q	2ª Q	2ª Q	2ª Q
Elaboração do Projeto de intervenção											
Conhecer o local de estágio											
Levantamento de necessidades/ diagnóstico de situação											
Elaboração da questão central											
Definição dos objetivos											
Pesquisa Bibliográfica/ enquadrament o concetual											
Pedido de autorização à Instituição para aplicação											
Aplicação do questionário											

Etapas do estudo	setembro	outubro		novembro		dezembro		janeiro		fevereiro		março		abril		maio		junho		julho	
		1ªQ	2ªQ	1ªQ	2ªQ	1ªQ	2ªQ	1ªQ	2ªQ	1ªQ	2ªQ	1ªQ	2ªQ	1ªQ	2ªQ	1ªQ	2ªQ	1ªQ	2ªQ	1ªQ	2ªQ
Consentimento livre e esclarecido, cuidadores e utentes																					
Entrevistas de suporte emocional																					
Desenvolvimento de aprendizagem de competências																					
Realização do folheto informativo para cuidadores																					
Tratamento e análise dos dados obtidos																					
Divulgação dos resultados																					
Entrega o relatório de Estágio																					

APÊNDICE III– Parte I – Questionário de caracterização da família

Para cada pergunta, marque com um X no quadrado correspondente à resposta que melhor se adequa ao seu caso.

Quadro 1

Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

Idade ☐

Estado civil: Solteiro ☐ Casado ☐

Separados/divorciados ☐

Viúvos ☐

Parentesco c/ doente:

Pai/mãe ☐

Cônjuge ☐

Irmão/irmã ☐

Filho/filha ☐

Outros ☐

Grau de escolaridade : 1º e 2º ciclo ☐

3ºciclo ☐

Secundário ☐

Superior ☐

Situação laboral : Ativos ☐ Não ativos ☐

Contacto diário c/doente (horas) ☐

APÊNDICE IV – Guia orientador para cuidadores de pessoas com doença psicótica

Instituições a que pode recorrer:

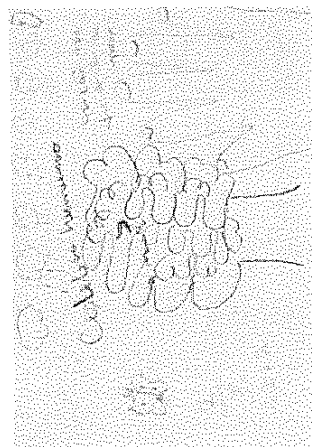
- Casa de Saúde do Telhal
Consultas externas, Alcoologia,
Psicogeriatria, Psiquiatria Aguda,
Reabilitação e Internamento
Mem Martins - Telf: 219179200
- Casa de Saúde de Idanha
Saúde Mental, Gerontopsiquiatria,
Reabilitação Psicossocial e Medicina
Paliativa
Belas – Telf: 214339400
- ARIA – Associação para a Reabilitação
e Integração da Ajuda
Reabilitação Psiquiátrica e Inserção
Comunitária
Lisboa – Telf: 211569553
- AEIPS – Associação para o Estudo e
Integração Psicossocial:
Casas Primeiro
Integração na Comunidade de pessoas
sem abrigo com acesso a habitação e sua
manutenção
Lisboa - Telf: 218453580
- Persona – Associação de Apoio a
Doentes Mentais Crónicos
Fórum Sócio-Operacional e Unidade de
Vida Protegida
Barreiro – Telf: 212060999

- Emáus – Comunidade de Acolhimento
(Sexo Masculino)
Caneças – Telf: 219800038

- Gira – Grupo de Intervenção e
Reabilitação
Lisboa – 213544535

- Remar – Reabilitação de
Marginalizados
Lisboa – Telf: 219209763

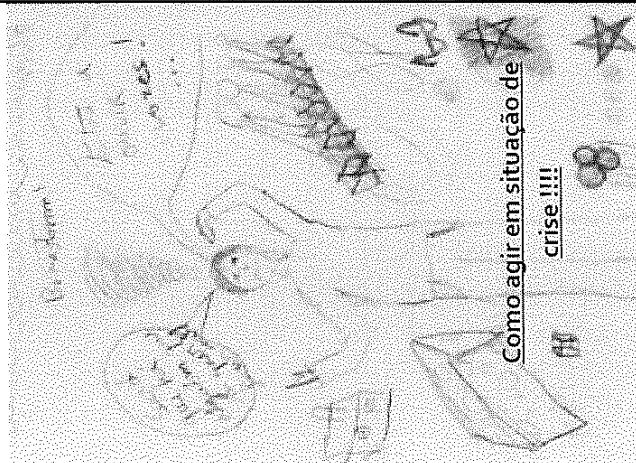
- Centros de Acolhimento:
Beato – Telf: 218161640
Xabregas – Telf: 218680908



Espaço Terapêutico Comunitário de
Vila Franca de Xira

Largo Marquês de Pombal n.º 2 – 7.º Piso
2600 – 226 Vila Franca de Xira
(frente à estação de comboios)
Telf: 263001490

Guia Orientador para Cuidadores de Pessoas com Doença Psicótica



Elaborado por En.ª Cristina Marques (IPS - ESS) Desenhos
elaborados por utentes que frequentam o ETC

Quando o doente se mostrar descompensado, agressivo e sem possibilidades de chegar a um acordo, tem várias hipóteses para responder à situação;

- Contatar o **centro de saúde** da área de residência de 2ª a 6ª feira e expor a situação ao médico de família e este por sua vez poderá acionar ou não os mecanismos para o **internamento compulsivo** com o delegado de saúde, consoante a gravidade da situação;

Centro de Saúde

Alenquer – 263730680

Alhandra – 219500168

Alverca- 219579760

Arruda dos Vinhos- 263979129

Azambuja -263407600

Castanheira do Ribatejo - 263286100

Póvoa de Santa Iria- 219540100

Vialonga- 219527500

Vila Franca de Xira- 263270365

- Poderá contatar a **polícia** em caso de violência extrema e apresentar perigosidade para si e para terceiros colocando em risco a integridade física;

- **PSP Alverca** – 219578810

- **PSP Alhandra** – 219500070

- **PSP Vila Franca Xira** – 263279070

- **GNR Azambuja** – 263418841

- **GNR Castanheira do Ribatejo** -

263285410

- **GNR Vila Franca Xira** – 263273335

- Chamar os **bombeiros** para ajudar a transportá-lo ao serviço de urgência;

Bombeiros:

Alhandra – 219500021

Alverca – 219580814

Azambuja - 263401144

Castanheira do Ribatejo – 263290095

Póvoa Santa Iria – 219590032

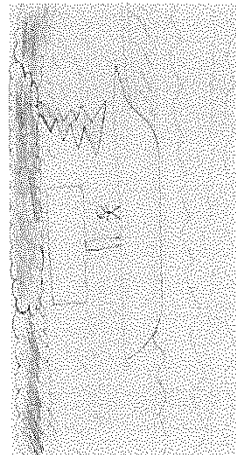
Vialonga – 219521594

- Levar consigo a **medicação** que o doente faz e explicar ao médico de urgência o episódio e os acontecimentos que antecederam a crise;

- Ter presente que o doente poderá, após **observação médica no serviço de urgência** ter de regressar a casa, com medicação ajustada sem que a crise de agressividade tenha diminuído na relação com os familiares tal só irá acontecer quando a medicação fizer efeito.

- Se houver dificuldade em manter um **ambiente seguro** para ambas as partes, existem alternativas que poderão ser tidas em conta;

- No caso de não haver a possibilidade do doente permanecer em casa ou este estar a viver na rua, tem oportunidade de pedir para pernoitar entre 1 a duas noites de forma a resolver a situação em que se encontra. Ligar para o nº **144 (linha de emergência da segurança social)**.



APÊNDICE V – Pedido de autorização para aplicação do questionário

Exmo. Sr^a. Dr^a [REDACTED]

Presidente do Conselho de Administração

[REDACTED] de Lisboa

[REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo acerca da sobrecarga familiar em cuidadores informais de utentes com esquizofrenia

O meu nome é Cristina Marques e sou enfermeira no serviço de cardiologia do Hospital Garcia de Orta. Neste momento, estou a realizar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, no Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde (IPS – ESS). O meu projeto de intervenção clínica, está a ser desenvolvido no serviço de Psiquiatria II, cuja orientação está a cargo do Professor Joaquim Lopes (do IPS – ESS) e da Enfermeira especialista [REDACTED]
[REDACTED]

Com a realização deste estudo acerca da sobrecarga familiar, pretendo realizar um diagnóstico de situação de forma a poder desenvolver um projeto de atuação educativa de acordo com as necessidades que estes cuidadores informais apresentem.

Nesse sentido, será necessário a aplicação de um questionário sociodemográfico e da versão portuguesa do “Family Problems Questionnaire” (em anexo), a cuidadores informais de doentes com o diagnóstico de esquizofrenia, no internamento e em ambulatório.

A participação dos cuidadores informais será voluntária e anónima, não existindo a necessidade da sua identificação pessoal. Todas as informações recolhidas serão absolutamente confidenciais e estarão abrangidas pelo segredo profissional. Os procedimentos utilizados seguem as normas éticas, não oferecendo riscos de qualquer natureza.

Assim, venho por este meio solicitar a V. Ex. que autorize a utilização deste questionário, aplicado ao projeto acima descrito..

Agradecendo, desde já, toda a sua atenção e disponibilidade, apresento os meus melhores cumprimentos,

Enfr^a Cristina Maria da Fonseca Teixeira Marques

APÊNDICE VI – Pedido de autorização para aplicação dos desenhos dos utentes do ETC no guia orientador

Cara(o) utentes residentes que frequentam o Espaço terapêutico Comunitário,

Chamo-me Cristina Marques, sou uma enfermeira a frequentar o curso de Mestrado de Saúde Mental e Psiquiatria, na Escola Superior de Saúde de Setúbal. No âmbito deste curso estou a realizar um estágio, onde me proponho implementar na Clínica Psiquiatria II e no Espaço Terapêutico Comunitário, um projeto de intervenção denominado Intervenções psicoeducativas com cuidadores informais de pessoas com doença de evolução prolongada.

Para que este projeto se realize necessitamos da vossa colaboração, bastando que disponibilize um pouco do seu tempo na realização de um desenho que represente para vós a pessoa portadora de uma doença, como a esquizofrenia. Os desenhos selecionados irão ser aplicados num folheto para esclarecimento dos cuidadores de como atuar em situação de crise e dos recursos disponíveis na comunidade. Deste modo, iremos responder a uma necessidade detetada no processo de avaliação das necessidades dos cuidadores.

Ao participar nesta atividade não corre qualquer tipo de dano físico ou psicológico, tendo o direito de recusar ou abandonar a participação em qualquer momento sem penalização ou prejuízo algum.

Os resultados deste trabalho poderão contribuir para que os cuidadores desenvolvam uma maior compreensão no processo de cuidar, podendo também ser divulgados em eventos científicos na área de enfermagem. Pelo que ao abrigo da legislação atual, **garantimos o anonimato, confidencialidade e proteção dos seus dados pessoais.**

Assim, e de acordo com o descrito anteriormente, solicitamos o seu **consentimento informado.**

Eu, _____, utente do Espaço Terapêutico Comunitário participo livremente na realização e divulgação do desenho elaborado por mim.

-----/-----/.....-----

(enfr^a Cristina Marques)

APÊNDICE VII – Consentimento informado para aplicação QPF

Cara(o) Cuidador,

Chamo-me Cristina Marques, sou uma enfermeira a frequentar o curso de Mestrado de Saúde Mental e Psiquiatria, na Escola Superior de Saúde de Setúbal. No âmbito deste curso estou a realizar um estágio, onde me proponho implementar na Clínica Psiquiatria, um projeto de intervenção denominado Intervenções psicoeducativas com cuidadores informais de pessoas com doença de evolução prolongada.

Para que este projeto se realize necessitamos da sua colaboração, bastando que disponibilize um pouco do seu tempo a preencher o questionário que lhe será fornecido.

Este questionário tem como objetivo investigar situações vividas por si e pela sua família em relação à doença de(a que nos referiremos como S neste questionário). É composto por duas partes, a primeira refere-se às características sociodemográficas e a segunda parte é referente aos problemas familiares.

Para cada pergunta, escreva por favor a sua resposta no espaço providenciado, ou marque o quadrado perto ou acima da resposta que melhor se adequa ao seu caso.

Ao participar nesta atividade não corre qualquer tipo de dano físico ou psicológico, tendo o direito de recusar ou abandonar a participação em qualquer momento sem penalização ou prejuízo algum.

Os resultados deste trabalho poderão contribuir para que os cuidadores desenvolvam uma maior compreensão no processo de cuidar, podendo também ser divulgados em eventos científicos na área de enfermagem. Pelo que ao abrigo da legislação atual, **garantimos o anonimato, confidencialidade e proteção dos seus dados pessoais.**

Assim, e de acordo com o descrito anteriormente, solicitamos o seu **consentimento informado.**

Eu, _____, cuidador informal participo livremente neste questionário de problemas familiares.

-----/-----/.....-----

(enfermeira Cristina Marques)

ANEXO I – Questionário de problemas familiares

Departamento de Avaliação de Serviços de Saúde
Instituto Nacional de Saúde
Roma, Itália

Departamento de Psiquiatria
Escola Médica
2ª Universidade de Nápoles

FAMILY PROBLEMS QUESTIONNAIRE

(F.P.Q.)

QUESTIONÁRIO DE PROBLEMAS FAMILIARES

*Este questionário tem por objectivo investigar as situações vividas por si e pela sua família em relação à doença de (a que nos referiremos como **S** neste questionário). Para cada pergunta, escreva por favor a sua resposta no espaço providenciado, ou marque o quadrado perto ou acima da resposta que melhor se adequa ao seu caso.*

Toda a informação permanecerá estritamente confidencial e será protegida pelas regras que se aplicam à conduta profissional

Nota para o investigador: por favor fique com o familiar enquanto este questionário estiver a ser preenchido.

Edição de Setembro de 1997

Não escrever neste espaço

Centro N°						
Caso N°						
Ficheiro N°						
Data (dia/mês/ano)						
Código do investigador						
Tempo de avaliação	1				2	
	Baseline			Follow-up		

Versão Portuguesa: Miguel Xavier, J.M.Caldas de Almeida

Departamento de Saúde Mental – Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa

A reprodução e utilização deste questionário está dependente da autorização dos autores da versão portuguesa (FCM-UNL, Depart. de Saúde Mental, Campo Mártires da Pátria, 130, 1169-056, Lisboa)

Para algumas perguntas inclui-se a opção “7: não se aplica”, para o caso de a situação descrita na pergunta nunca ter ocorrido. Por favor use esta opção quando apropriada.

1) (3) QUANDO AS COISAS CORREM ESPECIALMENTE MAL, POSSO PEDIR A OUTRAS PESSOAS (FAMILIARES OU AMIGOS QUE NÃO VIVEM CONNOSCO) PARA AJUDAR OU DAR APOIO À NOSSA FAMÍLIA.

<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Não	Posso pedir a uma pessoa	Posso pedir a duas ou três pessoas	Posso pedir a mais do que três pessoas

2) (4) JÁ RECEBI INFORMAÇÃO, FORNECIDA POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE, ACERCA DE COMO PROCEDER QUANDO **S** SE PORTA MAL OU DE MODO PERIGOSO.

<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Nenhuma	Quase nenhuma	Alguma, mas não o suficiente	Bastante, sinto que sei o que fazer

3) (5) NUMA EMERGÊNCIA ENVOLVENDO **S**, ESTOU CONFIANTE QUE OS MEUS FAMILIARES OU AMIGOS ME AJUDARÃO.

<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Nada	Um pouco	Bastante confiante	Completamente

4) (6) NUMA EMERGÊNCIA ENVOLVENDO **S**, ESTOU CONFIANTE QUE SEREI IMEDIATAMENTE AJUDADO/A POR PROFISSIONAIS.

<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Nada	Um pouco	Bastante confiante	Completamente

5) (9) OS MÉDICOS TOMAM CONTA DE **S** E AJUDAM-NO/A.

<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Muito	Bastante	Pouco	Nada

6) (10) AS ENFERMEIRAS TOMAM CONTA DE **S** E AJUDAM-NO/A.

<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Muito	Bastante	Pouco	Nada

Questionário de Problemas Familiares

3

7) (14) NOS ÚLTIMOS DOIS MESES, TIVE DE FICAR ACORDADO/A OU DE ACORDAR DURANTE A NOITE POR CAUSA DOS PROBLEMAS DE **S**.

<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Todas as noites	Muitas vezes	Às vezes	Nunca

8) (15) NOS ÚLTIMOS DOIS MESES, TIVE DE NEGLIGENCIAR OS MEUS PASSATEMPOS E AS COISAS QUE GOSTO DE FAZER NO MEU TEMPO LIVRE, PARA TOMAR CONTA DE **S**.

<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Nunca

9) (16) NOS ÚLTIMOS DOIS MESES, TIVE DIFICULDADE EM SAIR NOS FINS-DE-SEMANA POR CAUSA DESTA SITUAÇÃO.

<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Não se aplica, não costumo sair nos fins-de-semana	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Nunca

10) (17) NOS ÚLTIMOS DOIS MESES, TIVE DIFICULDADE EM RECEBER AMIGOS OU FAMILIARES EM CASA, POR CAUSA DESTA SITUAÇÃO.

<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Nunca

11) (18) NOS ÚLTIMOS DOIS MESES, NÃO TENHO VISTO AMIGOS E PESSOAS COM QUEM GOSTO DE PASSAR O MEU TEMPO LIVRE, POR CAUSA DESTA SITUAÇÃO.

<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Aconteceu sempre	Aconteceu muitas vezes	Aconteceu algumas vezes	Nunca aconteceu

12) (19) NOS ÚLTIMOS DOIS MESES, POR CAUSA DO ESTADO EM QUE SE ENCONTRA **S**, TIVE DIFICULDADE EM LEVAR A CABO O MEU TRABALHO OU ACTIVIDADES DOMÉSTICAS HABITUAIS, OU VI-ME OBRIGADO A FALTAR AO TRABALHO OU ÀS AULAS

<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Nunca

13) (20) NOS ÚLTIMOS DOIS MESES, PARA TOMAR CONTA DE **S**, TIVE DE NEGLIGENCIAR OUTROS MEMBROS DA FAMÍLIA (POR EXEMPLO FILHOS, CÔNJUGE, ETC.).

<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Não se aplica, não vive nenhum outro familiar conosco	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Nunca

Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental - FCML

14) (21) NO ÚLTIMO ANO, TIVE DIFICULDADE EM FAZER FÉRIAS, POR CAUSA DESTA SITUAÇÃO.

<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Não se aplica, não costumo fazer férias	Sim, foi impossível	Sim, tive muitas dificuldades	Sim, tive algumas dificuldades	Não, não tive qualquer dificuldade

15) (29) NOS ÚLTIMOS DOIS MESES, SENTI QUE NÃO SERIA CAPAZ DE SUPORTAR ESTA SITUAÇÃO POR MAIS TEMPO.

<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Todos os dias	Muitas vezes	Às vezes	Nunca

16) (30) NOS ÚLTIMOS DOIS MESES, QUANDO ESTAVA SOZINHO/A, CHOREI OU SENTI-ME DEPRIMIDO/A POR CAUSA DESTA SITUAÇÃO.

<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Todos os dias	Muitas vezes	Às vezes	Nunca

17) (34) PREOCUPO-ME COM O FUTURO DE OUTROS MEMBROS DA FAMÍLIA, DEVIDO A ESTA SITUAÇÃO.

<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Muito	Bastante	Um pouco	Nada

18) (35) NOS ÚLTIMOS DOIS MESES, QUANDO IA A UM LOCAL PÚBLICO COM **S** (LOJAS, IGREJA, RESTAURANTES, CINEMA, ETC.), SENTIA QUE TODA A GENTE NOS ESTAVA A OBSERVAR.

<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Não se aplica, nunca fui a um local público com S	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Nunca

19) (37) (Só para os pais do doente) SINTO-ME CULPADO PORQUE ACREDITO QUE EU OU O MEU CÔNJUGE PODEMOS TER TRANSMITIDO A DOENÇA A **S**.

<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Muito culpado	Bastante culpado	Um pouco culpado	Nada culpado

Questionário de Problemas Familiares

5

20) (38) SE **S** NÃO TIVESSE ESTE PROBLEMA, TUDO ESTARIA BEM COM A NOSSA A FAMÍLIA.

<div>4</div>	<div>3</div>	<div>2</div>	<div>1</div>
Estou convencido disso	Penso isso com frequência	Às vezes penso isso	Nunca penso isso

21) (47) QUANDO PENSO COMO **S** ERA ANTES E COMO ELE/ELA É AGORA, SINTO-ME DESAPONTADO.

<div>4</div>	<div>3</div>	<div>2</div>	<div>1</div>
Muito	Bastante	Um pouco	Nada

22) (48) NOS ÚLTIMOS DOIS MESES, SENTI-ME SATISFEITO COM A MANEIRA COMO **S** AJUDOU EM CASA.

<div>7</div>	<div>4</div>	<div>3</div>	<div>2</div>	<div>1</div>
Não se aplica, S não costuma ajudar em casa	Completamente	Bastante	Um pouco	Nada

23) (54) NOS ÚLTIMOS DOIS MESES, QUANDO **S** SE COMPORTAVA DE UMA MANEIRA INVULGAR, ERA PORQUE ESTAVA A TENTAR ESTORVAR.

<div>7</div>	<div>4</div>	<div>3</div>	<div>2</div>	<div>1</div>
Não se aplica, S nunca se comportou de uma maneira invulgar	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Nunca

24) (55) NOS ÚLTIMOS DOIS MESES, **S** COOPEROU COM AQUELES QUE O/A TENTARAM AJUDAR.

<div>4</div>	<div>3</div>	<div>2</div>	<div>1</div>
Sempre	Muitas vezes	Um pouco	Nada

25) (58) MESMO QUE NÃO FOSSEMOS NÓS (MEMBROS DA FAMÍLIA), HAVERIA SEMPRE ALGUÉM PARA TOMAR CONTA DE **S**.

<div>4</div>	<div>3</div>	<div>2</div>	<div>1</div>
Sim, certamente	Sim, em muitos aspectos	Sim, em alguns aspectos	Não

26) (60) **S** É SENSÍVEL E PREOCUPA-SE COM OS PROBLEMAS DAS OUTRAS PESSOAS.

<div>4</div>	<div>3</div>	<div>2</div>	<div>1</div>
Muito	Bastante	Um pouco	Nada

Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental - FCML

27) (62) ESTOU CONVENCIDO DE QUE **S** POSSUI QUALIDADES OU TALENTOS ESPECIAIS (POR EXEMPLO, É MUITO INTELIGENTE, PERCEPTIVO OU SIMPÁTICO, OU TOCA UM INSTRUMENTO MUSICAL MUITO BEM).

<div>4</div>	<div>3</div>	<div>2</div>	<div>1</div>
Sim, completamente	Sim, em muitos aspectos	Sim, em alguns aspectos	Não

Em caso afirmativo, por favor *especifique*.....

28) (63) NOS ÚLTIMOS DOIS MESES, A IDEIA DE ME AFASTAR DE **S** PASSOU-ME PELA CABEÇA.

<div>4</div>	<div>3</div>	<div>2</div>	<div>1</div>
Todos os dias	Muitas vezes	Às vezes	Nunca

29) (64) LEVANDO TUDO EM CONTA, CONSEGUI RETIRAR ALGO DE POSITIVO DESTA SITUAÇÃO

<div>4</div>	<div>3</div>	<div>2</div>	<div>1</div>
Nada	Um pouco	Bastante	Definitivamente

30-37) (67-74) DURANTE OS ÚLTIMOS DOZE MESES, APROXIMADAMENTE QUANTO DINHEIRO FOI GASTO PELA FAMÍLIA PARA COBRIR HONORÁRIOS DE MÉDICOS E PSICÓLOGOS, CUSTOS DE HOSPITALIZAÇÃO, ENFERMAGEM E OUTROS SERVIÇOS (EXCLUINDO MEDICAMENTOS) SEM SER REEMBOLSADA?

<div>0</div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
--------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

38-45) (75-82) DURANTE OS ÚLTIMOS DOZE MESES, APROXIMADAMENTE QUANTO DINHEIRO FOI GASTO PELA FAMÍLIA COM CURANDEIROS OU OUTRAS FORMAS SEMELHANTES DE TERAPIA ALTERNATIVA?

<div>0</div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
--------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

46-53) 83-90) DURANTE OS ÚLTIMOS DOZE MESES, QUANTO DINHEIRO FOI GASTO PELA FAMÍLIA EM MEDICAMENTOS PARA A DOENÇA DE **S** SEM SER REEMBOLSADA?

<div>0</div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
--------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Questionário de Problemas Familiares

7

HÁ FILHOS MENORES DE 12 ANOS A VIVER NA SUA CASA ?

☐ 4
Sim

☐ 1
Não

Se sim, responda às duas questões seguintes:

54) (39) SINTO QUE A PRESENÇA DE **S** AFECTA NEGATIVAMENTE A VIDA SOCIAL DOS MEUS FILHOS (DESEMPENHO ESCOLAR, ACTIVIDADES DE LAZER, ETC.).

☐ 7 Não se aplica, não tenho filhos

☐ 4 Estou convencido disso

☐ 3 Penso isso com frequência

☐ 2 Às vezes penso isso

☐ 1 Nunca penso isso

55) (41) SINTO QUE A PRESENÇA DE **S** AFECTA NEGATIVAMENTE O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO DOS MEUS FILHOS (POR EX. CHORAM, FICAM AMEDRONTADOS, AGRESSIVOS OU TÍMIDOS).

☐ 7 Não se aplica, não tenho filhos

☐ 4 Estou convencido disso

☐ 3 Penso isso com frequência

☐ 2 Às vezes penso isso

☐ 1 Nunca penso isso

Actualmente, está empregado ?

☐ 4
Sim

☐ 1
Não

Se sim, responda às duas questões seguintes:

56) (22) NO ÚLTIMO ANO, A MINHA SITUAÇÃO PROFISSIONAL FOI AFECTADA PELO ESTADO DE **S**.

☐ 7 Não se aplica, não trabalhei no ano passado, independentemente da situação de **S**

☐ 4 Sim, pedi uma reforma antecipada

☐ 3 Sim, mudei para um trabalho menos ambicioso

☐ 2 Sim, mudei para um trabalho com menos horas ou menos exigente

☐ 1 Não

57) (23) NO ÚLTIMO ANO, TIVE DE TRABALHAR MAIS (VOLTAR AO TRABALHO, FAZER HORAS EXTRAORDINÁRIAS, ETC.) PARA FAZER FACE ÀS DESPESAS.

☐ 7 Não se aplica, não trabalhei no ano passado, independentemente da situação de **S**

☐ 4 Sim, tive de trabalhar mais todo o ano

☐ 3 Sim, tive de trabalhar mais por vários meses

☐ 2 Sim, tive de trabalhar mais por várias semanas

☐ 1 Não

Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental - FCML

Questionário de Problemas Familiares

8

58-60) (91-93) QUANTO TEMPO DEMOROU A RESPONDER A ESTE QUESTIONÁRIO?

minutos

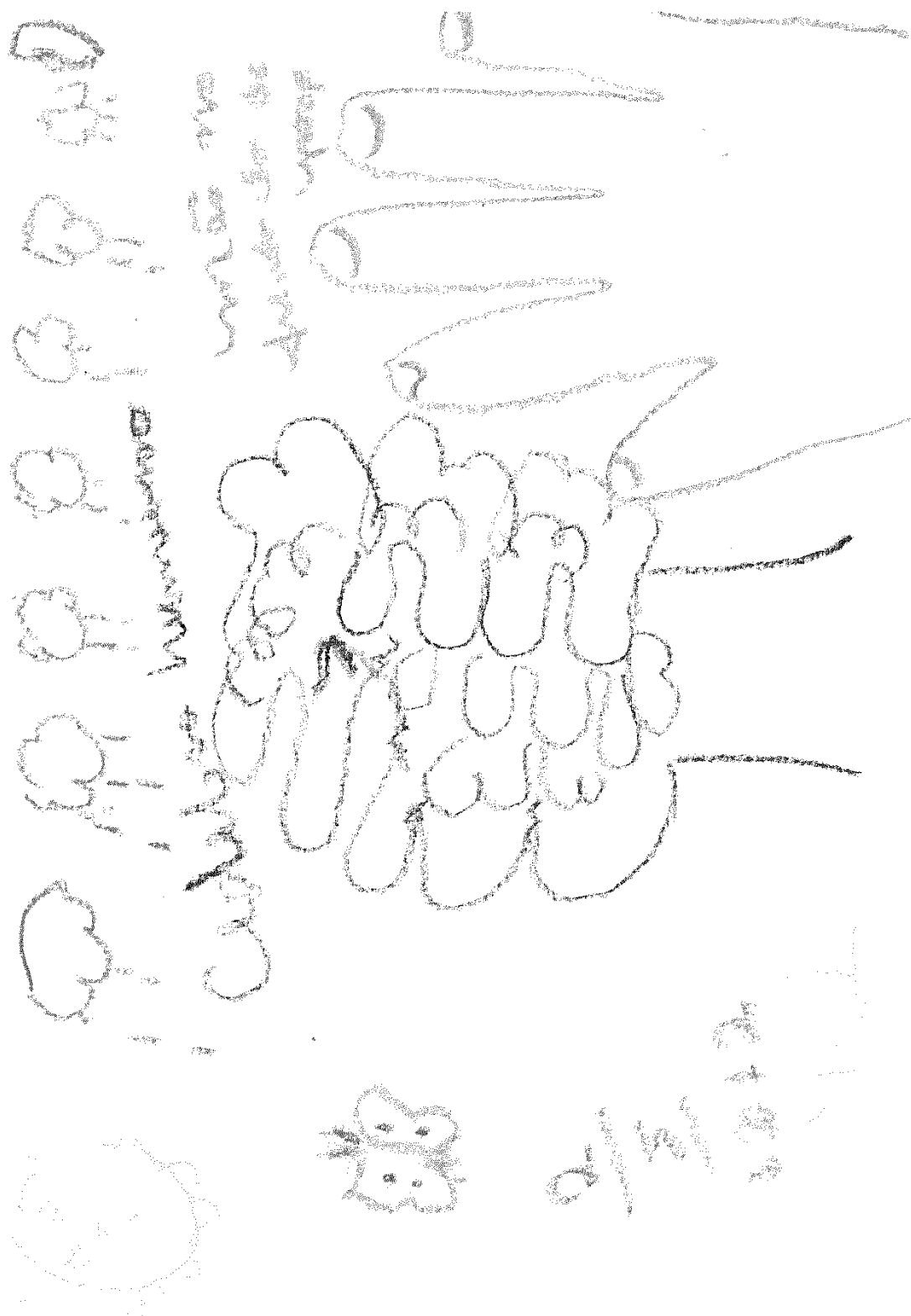
--	--

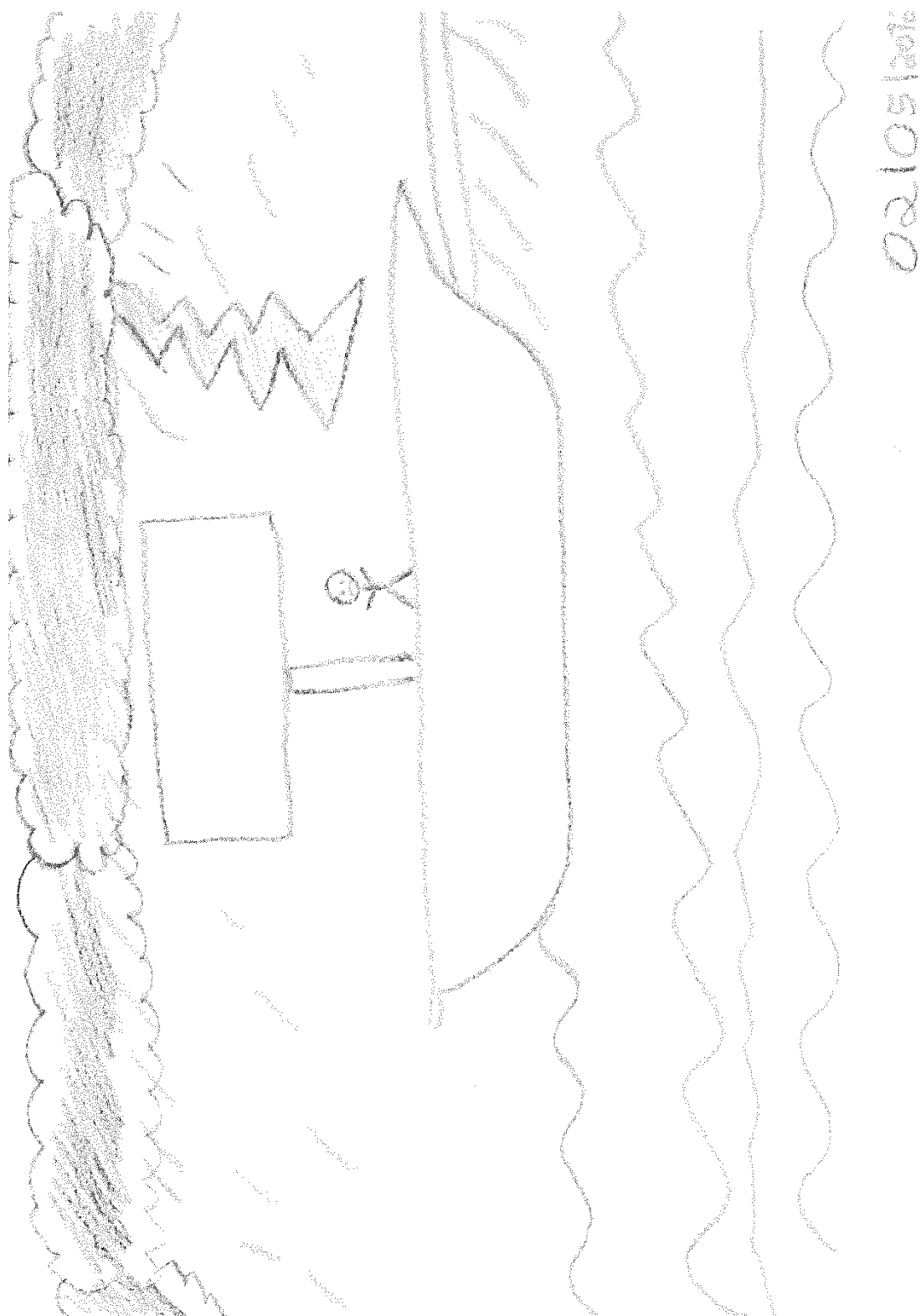
OBRIGADO POR TER COOPERADO CONNOSCO. ESPERAMOS QUE A INFORMAÇÃO QUE NOS FORNECEU VENHA A CONTRIBUIR PARA UM SERVIÇO MAIS EFICIENTE PARA O SEU FAMILIAR E PARA OUTROS QUE VIVEM COM PROBLEMAS SEMELHANTES.

Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental - FCML

ANEXO II – Desenhos realizados por utentes do ETC representando a doença psicótica







02105120

ANEXO III – Avaliação escrita da sessão de relaxamento realizada a utentes internados em CP

23/4/12

Gostei muito do que fiz, achei deitado no chão
com muita alegria ficar, o meu coração.

~~~~~ " ~~~~~ "

Gostei muito da ginástica, principalmente da  
parte que foi com a bola e da enfermeira  
Cristina, que já trabalha há muitos anos.

~~~~~ " ~~~~~ "

ADOREI ESTA EXPERIÊNCIA POIS RELEMBRO - ME MEUS
TEMPOS EM QUE JOGUEI VÓLEIBOL NO 'AMÉRICA' F.C. (E CON-
SIDERAVA ISSO COMO UM VÍCIO PARA MIM), POIS TREINAVA
CERCA DE 5 HORAS POR DIA E SO PAREI DE JOGAR,
PROFISSIONALMENTE, POR CAUSA DO MEU PAI QUE QUIS
QUE EU "A FAZER" "GESTÃO DE EMPRESAS", MAS
NEM ISSO TERMINEI, PORQUE NÃO CONSEGUI TERMINAR
O CURSO PORQUE MEU PAI TEVE A AGÊNCIA DE VI-
GÊNCIA FAZIDA.

O SÓNTU DE SER MONITORA DE EDUCAÇÃO
FIZO POR TRÁS, MESMO ASSIM NÃO ARREPENDO - ME
POIS NADA ACONTECE POR ACASO ...

~~~~~ " ~~~~~ "

Gostei imenso, do toque da bola, juntamente com a  
música suave, que estávamos a ouvir. Fiquei relaxada  
Quanto ao passeio, adorei o tempo dos passeios, junto  
com o ar fresco de sua e a companhia dos meus co-  
legas.

Gostei da ginástica foi muito Virgílio Moreira

— " — " —  
Gostei muito da ginástica, fez-me bem ao corpo e à mente.

— " — " — " — "  
Gostei mesmo, a enfermeira transmitiu muita paz e fez-me sentir tranquila.

— " — " —  
Fiz muito bem, gostei muito da bola e da de toda a ginástica. Senti-me muito relaxada.

— " — " —  
Eu não senti nada, mas apreciei o que foi feito

— " — " —

## ANEXO IV – Inquérito de satisfação

### ESPAÇO TERAPÊUTICO COMUNITÁRIO

---

#### GRUPO PSICOEDUCATIVO DE FAMILIAS

1. Conhecimento face à doença

Piorou ☐

Mantém ☐

Melhorou ☐

2. Adesão à terapêutica

Piorou ☐

Mantém ☐

Melhorou ☐

3. Comunicação com o familiar

Piorou ☐

Mantém ☐

Melhorou ☐

4. Estratégias para lidar com o familiar

Piorou ☐

Mantém ☐

Melhorou ☐



***Texto convertido, respeitando o Acordo Ortográfico.***